FRED CHRISTMANN

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUM MENTALEN TRAINING ALS EINZELTHERAPIE BEI SEXUELLEN FUNKTIONSSTÖRUNGEN

DISSERTATION
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaft
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

1987

FRED CHRISTMANN

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUM MENTALEN TRAINING ALS EINZELTHERAPIE BEI SEXUELLEN FUNKTIONSSTÖRUNGEN

DISSERTATION
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaft
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

1987

Gedruckt mit Genehmigung
der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. Dirk Revenstorf
Mitberichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Larbig
Dekan: Prof. Dr. Kurt-H. Stapf
Tag der mündlichen Prüfung: 18.Februar 1987

Druckerei Bölk, Tübingen

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		Seite
	Vorwort	1
1.	GESELLSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN UND ENTWICKLUNG DER SEXUALTHERAPIE	5
1.1	Kurzer geschichtlicher Überblick	5
1.2	Grundannahmen und Sprache der Sexualtherapie	13
2.	SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNGEN	17
2.1	Häufigkeit	17
2.2	Ursachen	22
2.3	Empirische Untersuchung zum Mentalen Training bei sexuellen Funktionsstörungen	28
2.3.1	Problemstellung und Ziele	28
2.3.2	Rahmenbedingungen	33
2.3.2.1	Untersuchungsdesign	33
2.3.2.2	Therapeut	35
2.3.2.3	Stichprobe	36
2.3.2.3.1	Patienten-Gewinnung	36
2.3.2.3.2	Aufnahme-Kriterien	36
2.3.2.3.3	Beschreibung der Stichprobe	37
2.3.2.4	Diagnostik	39
2.3.3	Beschreibung der Interventionen	51
2.3.3.1	Paartherapie	52
2.3.3.2	Entspannungsmaßnahme Kontrollgruppe	56
2.3.3.3	Einzeltherapie	76
2.3.3.3.1	Einleitung	76
2.3.3.3.2	Grundlagen des Mentalen Trainings	79
2.3.3.3.3	Mentales Training bei sexuellen Funktionsstörungen	84
2.3.3.3.3.1	Formale Gestaltung	84
2.3.3.3.3.2	Inhalte	90
2.3.3.3.3.3	Falldemonstrationen	95

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		Seite
2.3.3.4	Kombinationsbehandlung	102
2.3.3.4.1	Einleitung	102
2.3.3.4.2	Meßmittel	103
2.3.3.4.3	Stichprobe	104
2.3.3.4.4	Dauer der Intervention	104
2.3.3.4.5	Inhalte	105
2.3.4	Darstellung der Ergebnisse	117
2.3.4.1	Therapie-Abbrüche	117
2.3.4.2	Vergleich zwischen Experimental-gruppen und Kontrollgruppe	120
2.3.4.3	Vergleich zwischen Paartherapie und Hamburger Paartherapie-Projekt	130
2.3.4.4	Erfolgsmaße	132
2.3.4.4.1	Beschreibung der Erfolgsmaße	132
2.3.4.4.2	Vergleich von Paar- und Einzeltherapie	141
2.3.4.4.3	Vergleich von Einzel-, Paar- und Kombinationsbehandlung	156
2.3.4.4.4	Prozentuale Erfolgsangaben	164
2.3.4.4.5	Antworten auf die Untersuchungsfragen	166
2.3.5	Diskussion der Ergebnisse	169
2.3.5.1	Würdigung und Kritik	169
2.3.5.2	Wirkfaktoren	175
2.3.5.3	Hypnose	182
3.	Ausblick	187
4.	Zusammenfassung	195
	A N H A N G	197
	LITERATURVERZEICHNIS	351

A N H A N G

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		Seite
Anhang 1	Schichtschlüssel	197
Anhang 2	Beschreibung der Stichprobe	199
Anhang 3	Entspannungsübungen	200
Anhang 4	Mentales Training zu Fall I	220
Anhang 5	Materialien zu Fall I	251
Anhang 6	Mentales Training zu Fall II	254
Anhang 7	Materialien zu Fall II	273
Anhang 8	Mentales Training zu den Paarsitzungen der Kombinationsbehandlung	295
Anhang 9	Materialien zu den Paarsitzungen der Kombinationsbehandlung	303
Anhang 10	Mentales Training zu Fall III	313
Anhang 11	Materialien zu Fall III	316
Anhang 12	Mentales Training zu Fall IV	322
Anhang 13	Materialien zu Fall IV	331
Anhang 14	Nichtsignifikante Meßergebnisse der ersten Untersuchungsphase	333
Anhang 15	Inhaltlich unbedeutende Veränderungen in der ersten Untersuchungsphase	337
Anhang 16	Mediane zu den Fragen des Abschlußfragebogens	341
Anhang 17	Schätzwerte, Signifikanzen, Phasenlängen und Modelle zu den Tagebüchern der einzelnen Versuchspersonen	342

T A B E L L E N V E R Z E I C H N I S

		Seite
Tab. 1	Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen der Männer	18
Tab. 2	Häufigkeit von Orgasmusproblemen bei Frauen	18
Tab. 3	Häufigkeit sexueller Probleme	19
Tab. 4	Sexuelle Funktionsstörungen in der Hamburger Ambulanz	20
Tab. 5	Altersdurchschnitt in Jahren	38
Tab. 6	Kennwerte und Signifikanzen zur Schichtzuordnung	38
Tab. 7	Übersicht über die Meßmittelanwendung	50
Tab. 8	Kennzeichen der Klienten-Stichprobe der drei Behandlungsgruppen	104
Tab. 9	Verteilung der Abbrecher auf Gruppen und Geschlechter	119
Tab. 10	Signifikanzen der Kovariate 'Alter'	121
Tab. 11	Kennwerte und Signifikanzen für FPI 1	123
Tab. 12	Kennwerte und Signifikanzen für FUSS 2	124
Tab. 13	Kennwerte und Signifikanzen für PFB 2	124
Tab. 14	Kennwerte und Signifikanzen für PFB 3	125
Tab. 15	Kennwerte und Signifikanzen für IPC I	126
Tab. 16	Kennwerte und Signifikanzen für IPC-P	126
Tab. 17	Kennwerte und Signifikanzen für IPC-C	127
Tab. 18	Kennwerte und Signifikanzen für SII G	129
Tab. 19	Durchschnittswerte im VEV	130
Tab. 20	U-Test zum Fragebogen zur Abschlußbefragung von EG 1 und Hamburger Paartherapie-Projekt	131
Tab. 21	Kennwerte der Erfolgsmaße	138
Tab. 22	U-Test - Mittelwerte und Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Experimentalgruppen	142
Tab. 23	Varianzanalyse - Kennwerte und Signifikanzen zu den Erfolgs- und Partnererfolgsmaßen	142
Tab. 24	Veränderungen im FSV von T 1 nach T 2	142
Tab. 25	Kennwerte und Signifikanzen zum FSV, U-Test	144
Tab. 26	Kennwerte und Signifikanzen zur Veränderung im FSV von T 1 nach T 2, U-Test	144

T A B E L L E N V E R Z E I C H N I S

		Seite
Tab. 27	U-Test zu Einzelfragen des FSV	145
Tab. 28	U-Test zum Fragebogen zur Abschluß-befragung von EG 1 und 2	146
Tab. 29	U-Test - Kennwerte und Signifikanzen zum Abschlußfragebogen bei der Nachuntersuchung	147
Tab. 30	Modelle der Zeitreihenanalyse	149
Tab. 31	Anzahl signifikanter Trends	150
Tab. 32	T-Test - Mittelwerte und Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Geschlechter	153
Tab. 33	Varianzanalyse - Kennwerte und Signifikanzen zu den Erfolgsmaßen von Gruppen und Geschlechtern	154
Tab. 34	T-Test - Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Behandlungsorte	155
Tab. 35	Kennwerte und Signifikanzen zum Sexualerfolg und Nach-Sexualerfolg	157
Tab. 36	Kennwerte und Signifikanzen zum Sexualerfolg der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen	157
Tab. 37	Kennwerte und Signifikanzen zum Nach-Sexualerfolg der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen	158
Tab. 38	Kennwerte und Signifikanzen zur Abschlußbe-fragung und Partner-Abschlußbefragung der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen	159
Tab. 39	Kennwerte und Signifikanzen für SII G	160
Tab. 40	Wilcoxon-Test zum FSV von T 1 nach T 2	161
Tab. 41	Kennwerte und Signifikanzen des Kruskal-Wallis-Test zum FSV nach der Therapie	162
Tab. 42	Kennwerte und Signifikanzen des Kruskal-Wallis-Test zu den Veränderungen im FSV	162
Tab. 43	Kennwerte und Signifikanzen im Erfolg 'Abschlußbefragung' bei Therapie-Ende und Nachuntersuchung	163
Tab. 44	Kennwerte und Signifikanzen zum Sexualerfolg bei Therapie-Ende und Nachuntersuchung	163
Tab. 45	Erfolgsdefinition nach der Therapie mittels ABF der Patienten	164

A B B I L D U N G S V E R Z E I C H N I S

		Seite
Abb. 1	Das psychosomatische System der Sexualität	23
Abb. 2	Untersuchungsplan	34
Abb. 3	Zeitplan und Veränderungen im SII zum Programm von Lo Piccolo und Miller	106
Abb. 4	Verlauf und Häufigkeit der Trends nach Frage, Phase und Untersuchungsgruppe	151
Abb. 5	Tagebuch mit vier Verhaltensklassen nach Fichten, Libmann und Brender	152

V o r w o r t

Im Vorwort zu "Neue Wege der Kurzzeit-Therapie" schreibt John O. Stevens, daß "alle Methoden nur mit einigen Menschen und mit bestimmten Schwierigkeiten" funktionieren (S. 13). Und daß die meisten Methoden mehr versprächen als sie halten können. Und wenige Zeilen danach verleitet er, auf das Neurolinguistische Programmieren, NLP, Bezug nehmend, den Leser zu der Annahme, damit - also mit NLP - könnten auch langandauernde Probleme "ohne alle Schmerzen in weniger als einer Stunde" (S. 13) geheilt werden.

Ich meine, da muß ihm wohl ein großes Erfolgserlebnis seinen kritischen Verstand getrübt haben. Mir ging es jedenfalls so vor einigen Jahren:

Ich war mit einem schlimmen Fall von Prüfungsangst und Therapie-Resistenz konfrontiert worden und erzielte doch innerhalb einer Sitzung einen so bedeutenden Durchbruch bei der Behandlung, daß ich fortan öfter auf die dabei angewandte Methode zurückgriff und schließlich dazu eine wissenschaftliche Untersuchung plante, wie sie hier beschrieben ist (auf diesen kasuistischen Hintergrund wird später noch genauer eingegangen).

Daß dabei nicht alles so faszinierend verlief wie in dem erwähnten Erfolgsfall, sei hier schon vorweggenommen, das bestätigt vielleicht, daß "alle Methoden nur mit einigen Menschen und mit bestimmten Schwierigkeiten" funktionieren - überzeugend oder überlegen funktionieren, müßte ich besser formulieren.

Eine wissenschaftliche Untersuchung konnte ich nur im Rahmen der mir vorgegebenen Arbeitsbedingungen durchführen, d. h. an einer Psychologischen Beratungsstelle und in einer Psychologischen Praxis. Die Untersuchung mußte also höchste Praxisnähe ermöglichen. Mit einer solchen Priorität sind natürlich viele Einschränkungen verbunden, viele Kompromisse müssen eingegangen werden; besonders die theoretischen Ansprüche werden frustriert. Die Einschränkungen betreffen aber keineswegs nur die wissenschaftlichen Erwartungen, im Gegenteil, die wissenschaftlichen Erfordernisse dieser Studie führten zu praktischen Problemen, z. B. die Organisation der Therapien, das eigene Leistungsvermögen, Familie und Kollegen betreffend, die mitunter schwerer wiegten als die Belastungen, die mit der puren psychotherapeutischen Begleitung der einzelnen Klienten verbunden sind.

Wissenschaftlich und praktisch reizvoller als die vorliegende Untersuchung sexueller Funktionsstörungen wäre die Anwendung der neuen Methode bei Sexualdelinquenten gewesen, weil es dazu im Verhältnis viel weniger wissenschaftliche Arbeiten und vor allem praktische Hilfen gibt. In der Literatur dominiert ein psychoanalytisches Verständnis, das den Betroffenen einen "unbewußten Wiederholungszwang" (Keller-Husemann, 1983) unterstellt, demzufolge auch meine eingangs erwähnte Patientin ihre Prüfungen immer wieder "verhaut" hatte (vgl. Erläuterungen zum Fall weiter hinten). Gegenüber dieser Sichtweise bin ich voller Mißtrauen und die Arbeit mit manchen Sexualdelinquenten finde ich u. a. wegen dieser theoretischen Herausforderung besonders reizvoll. Leider beginnt hier der Zwang zum Kompromiß: Eine wissenschaftliche Untersuchung dieser Problematik wäre im Rahmen meiner Arbeitsverhältnisse unmöglich gewesen, weil sich Sexualdelinquenten viel zu selten anmelden, weil sie sich dann in der Regel aufgrund polizeilicher Ermittlungen

melden und weil sie zu Therapieabbrüchen neigen, wenn das zu erwartende Gerichtsverfahren abgeschlossen ist, weil die Frequenz ihres Problemverhaltens oft sehr niedrig ist, weil sie oft alleine leben oder, wenn sie mit Partnern zusammenleben, wollen sie diese nicht in die Problematik einweihen. Das alles hätte für eine Untersuchung eine zu geringe Zahl an - vor allem durchhaltenden - Untersuchungsteilnehmern und unbefriedigende Erfolgsbeurteilungen bedeutet.

Diese Priorität der Praxis, die manch interessanten Untersuchungsansatz unterband, bringt als positiven Ausgleich größere Echtheit für die Patienten und leichtere Übertragbarkeit für Therapeuten mit sich. Deshalb wird in den weiteren Ausführungen kein Hehl aus dieser "Schlagseite" des Verfassers gemacht und die Gelegenheit genutzt, einen therapeutischen Stil, wie er sich über Jahre in der Praxis entwickelt hat, hier einmal ausführlich darzustellen.

An dieser Stelle sei Herrn Prof. Dr. D. Revenstorf und Herrn Prof. Dr. N. Birbaumer von der Universität Tübingen gedankt, daß sie eine solch praxisnahe Untersuchung mitgetragen haben. Herrn Privatdozent Dr. W. Larbig möchte ich dafür danken, daß er kurzfristig als Gutachter anstelle von Herrn Prof. Birbaumer eingesprungen ist.

Vielen Kollegen bin ich zu Dank verpflichtet, weil sie mir Klienten überwiesen haben. Danken möchte ich besonders den Kollegen der Beratungsstelle Böblingen, die meine Schwerpunktsetzung in einem Randgebiet des Arbeitsauftrages der Beratungsstelle toleriert haben.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie, daß sie die mit dieser Untersuchung verbundenen Einschränkungen auf sich genommen hat.

Entschädigt für die große Mühe wurde ich durch das erstaunliche Interesse vieler Freunde und Kollegen, durch die Entstehung der "Arbeitsgruppe Sexualität e.V." und deren Wirken auf sexualtherapeutischem Gebiet.

Nicht unerwähnt bleiben sollte, wie ich selbst zur Sexualtherapie kam. Als Angesteller der Psychologischen Beratungsstelle in Böblingen wurde ich mit einer Vielzahl menschlicher Probleme aller Altersstufen konfrontiert. Neben der beruflichen Fortbildung und Supervision erschien mir auch die Spezialisierung auf ein umgrenztes Arbeitsgebiet als Möglichkeit, größere Kompetenz und größere Effektivität in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit zu entwickeln. Im Laufe meiner zwölfjährigen Tätigkeit bei der Beratungsstelle hatte ich mich in Absprache mit den Kollegen auf unterschiedliche Problembereiche konzentriert, in den letzten Jahren auf Partner- und Sexualprobleme. Diese Entscheidung entsprach meiner Neigung zu einem aktivhandelnden Therapeutenverhalten.

Die Durchführung der Untersuchung dauerte von September 1983 bis März 1985.

1. Gesellschaftliche Grundlagen und Entwicklung der Sexualtherapie

1.1 Kurzer geschichtlicher Überblick

Die Geschichte der Sexualtherapie ist sehr jung, um so älter dagegen die Geschichte der Sexualunterdrückung. Die Normen der heutigen westlichen Gesellschaft sind immer noch auf dem Hintergrund der jüdisch-christlichen Tradition zu sehen. "Die alten Israeliten sahen die natürliche Bestimmung der Sexualität in der Fortpflanzung, und sie verurteilten daher jedes Sexualverhalten, das diesem Ziel nicht diente. Die frühen Christen übernahmen diese sehr enge Auffassung und grenzten sie noch weiter ein, indem sie Sexualität als notwendiges Übel ansahen und sexuelle Abstinenz als besondere Tugend priesen ... Sexuelle Handlungen waren nur akzeptabel, wenn sie - innerhalb der Ehe - zu einer Schwangerschaft führen konnten, aber selbst dann waren sie eher Grund zur Verlegenheit." (Haeberle, 1983, 304)

Zwar wurden die strengen Lebensverhältnisse über die Jahrhunderte gelockert und konnten sich die Ideale individueller Freiheit und einer geschützten "Privatsphäre" mehr und mehr durchsetzen, doch die Prüderie überstand besonders in den unteren und mittleren Bevölkerungsschichten alle Liberalisierungstendenzen und triumphierte im viktorianischen 19. Jahrhundert. "Unwissenheit und Heuchelei breiteten sich aus, und viele schwer erkämpften bürgerlichen Freiheiten gingen rasch wieder verloren." (Haeberle, 1983, 522). Leiblum und Pervin (1980) sprechen von "viktorianischem Erbe" und meinen damit die Kontrolle aller sexuellen Äußerungsformen, sei es die Unterdrückung der Kindermasturbation, die Kriminalisierung der Perversionen, wozu auch die Homosexualität zählte, die Entmutigung häufigen sexuellen Verlangens oder die Tabuisierung des Themas "Sexualität", die Medizinern eine Fachdiskussion dieses "dirty secret" (4) nur in lateinischen Termini gestattete.

Die sexualfeindlichen Grundhaltungen, die bei modernen Menschen mit sexuellen Dysfunktionen oft vorgefunden werden, lassen sich geschichtlich auf dieses viktorianische Zeitalter zurückführen. Damals galt der Sexualtrieb als gefährlich; wer gesund bleiben wollte, mußte sein Sexualleben - sowieso auf den Koitus reduziert - weitestgehend einschränken.

Mit der Jahrhundertwende begannen einige Wissenschaftler sich für eine positive Grundhaltung zur Sexualität einzusetzen, deren gesamtes Wirken wesentlich zur geistigen Liberalität im sexuellen Bereich und zu den heutigen sexualtherapeutischen Möglichkeiten beigetragen hat:

Sigmund Freud - Die große Bedeutung, die er der Sexualität, besonders der kindlichen Sexualität, beimaß, verursachte einen Sturm der Entrüstung. Freud besprach das Sexualverhalten offen, untersuchte es mit einer wissenschaftlich-nüchternen Einstellung und erweiterte den Begriff der Sexualität (1982).

Havelock Ellis - Er beteiligte sich entschieden an der Bewegung zur Sexualreform, wonach verschiedene Formen des Sexualverhaltens als ebenso natürlich anzusehen waren wie die Frau als sexuelles Wesen (1910).

Iwan Bloch - Er arbeitete aktiv in der Bewegung zur Sexualreform und gilt als der eigentliche Begründer der Sexualwissenschaft (1913).

Magnus Hirschfeld - Er gründete das erste "Institut für Sexualwissenschaft" und die "Weltliga für Sexualreform" und verfolgte die Abschaffung der Gesetze gegen Homosexualität (1984).

Benjamin B. Lindsey - Er setzte sich für Sexualerziehung und die sexuellen Probleme Jugendlicher ein (1928).

Margaret Sanger - Sie war eine Vorkämpferin für Geburtenkontrolle und die erste Präsidentin der "International Planned Parenthood Federation", deren Tochtergesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland "Pro Familia" ist.

Alfred C. Kinsey - Kinsey und Mitarbeiter hatten in Interviews umfangreiches Material zusammengetragen, das nach seiner Veröffentlichung einer Sensation gleichkam: Es stellte sich eine erstaunliche Vielfalt der sexuellen Verhaltensweisen heraus und eine nicht erwartete Verbreitung von homosexuellem Verhalten und Masturbation; die sexuellen Bedürfnisse von Frauen und die Bedeutung der Klitorisstimulation für den weiblichen Orgasmus zeichneten sich ebenso ab wie die Tatsache, daß sexuelle Dysfunktionen bei normalen Erwachsenen vorkamen. Diese Erkenntnisse bewirkten einen neuen Standard bei der Bewertung sexuellen Verhaltens und Masturbation, orale Sexualität und Geschlechtsverkehr vor der Heirat wurden als normal akzeptiert, wenn auch nicht erwünscht. Damit wurde die "Erlaubnis" gegeben zu weniger sexueller Repression, was offene Diskussionen - auch bei Wissenschaftlern - über sexuelle Themen möglich machte (1970).

In den 60er Jahren kamen verschiedene Einflüsse zusammen, die neue Einstellungen und neue Verhaltensweisen bewirkten:

- Die Anti-Baby-Pille befreite das sexuelle Vergnügen von der Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft, was wesentlich zur Verbreitung des vorehelichen Geschlechtsverkehrs beitrug und die Häufigkeit sexueller Aktivitäten auch in der Ehe veränderte.
- Die Frauenbewegung ging u. a. gegen die "eheliche Pflicht" der Frau zum Geschlechtsverkehr an und forderte von den Männern eine Kontrolle der Ejakulation, bis die Frau zu ihrem Recht auf sexuelles Vergnügen, zum Orgasmus gekommen war.

- Der ökonomische und kulturelle Wandel, der mehr Freiheiten, weniger Lebenszwänge ("flower power") und auch mehr Freizeit mit sich brachte, begleitete und förderte freiere sexuelle Einstellungen. Sexualität wurde zu einem wichtigen Thema in den Massenmedien; es kam zu einer Aufklärungswelle mit Filmen, Magazinen und Büchern.

William H. Masters und Virginia E. Johnson - 1966 überraschten sie durch neue Erkenntnisse zur Anatomie und Physiologie der menschlichen Sexualität, die sie durch Laboruntersuchungen von bezahlten Freiwilligen ermittelt hatten. Insbesondere psychoanalytische Grundannahmen über die weibliche Sexualität erwiesen sich als unvereinbar mit den physiologischen Fakten (1980).

Ab 1970, mit der Veröffentlichung von "Human Sexual Inadequacy", kann von Sexualtherapie als eigenständige Disziplin gesprochen werden. Vorher waren Sexualstörungen von Gynäkologen, Urologen oder Allgemeinmedizinern oder bestenfalls von psychoanalytisch ausgebildeten Psychiatern behandelt worden. Bei der Psychoanalyse waren die gesellschaftlich-emanzipatorischen Ansätze im Laufe der Jahrzehnte verblaßt; trotz der großen Bedeutung, die der Sexualität bei Entstehen der Psychoanalyse zugewiesen worden war, konnte es vorkommen, daß eine Frau jahrelang in Behandlung war, ohne daß ihre Unfähigkeit zum Orgasmus je direkt diskutiert worden wäre. Neuerungen, die auf Kurzzeitbehandlung zielten, waren von einigen Therapeuten vorgestellt, aber zunächst noch nicht allgemein zur Kenntnis genommen worden:

- Joseph Wolpe und Arnold Lazarus - Die "Systematische Desensibilisierung ermöglicht eine Kontrolle der Angst, die sexuelle Empfindungen blockieren kann (1972, 1967).

- James Semans - Mit der "Stop-Start-Methode" kann eine Kontrolle über die Ejakulation aufgebaut werden (1956).

- Albert Ellis - Irrationale Grundannahmen der Patienten werden verändert, wodurch das sexuelle Verhalten beeinflußt wird (1975).

Aber erst die Veröffentlichung von Masters und Johnson brachte die Wende in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen. Sie nahmen vorrangig psychologische Faktoren, aber nicht tiefsitzende Traumata und Konflikte der frühen Kindheit, als Ursache für Sexualstörungen an, die in massierter Behandlung des Paares mit aufeinander aufbauenden Übungen angegangen werden können. Ihre Behandlungsergebnisse waren so überzeugend, daß nach deren Veröffentlichung viele Therapeuten verschiedener Fachdisziplinen Sexualtherapie nach diesem Konzept durchführten.

Es dauerte ein Jahrzehnt, bis die Angaben von Masters und Johnson von Bernie Zilbergeld und Michael Evans (1980) kritisch überprüft wurden. Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung erklären, weshalb bei vielen Patienten und bei anderen Therapeuten die Erfolge bescheidener ausfallen. Die damit einhergehende Ernüchterung um das Behandlungskonzept von Masters und Johnson ließ andere therapeutische Vorgehensweisen an Bedeutung gewinnen; die erweiterte therapeutische Vielfalt erlaubt unterschiedlichen Patienten und Problemen besser gerecht zu werden.

Die erfreuliche Entwicklung insgesamt und besonders im Bereich der Sexualtherapie, darf nicht den Blick trüben für eine neue (alte) Prüderie und für bedauerliche Rückschritte und Wendungen der politischen Institutionen; z. B. wurde in einigen Bundesländern der Sexualkunde-Unterricht eingeschränkt und es gelten strengere Maßstäbe für die Filmförderung und die Vorführung von Filmen im Fernsehen. Besonders augenfällig war die Anweisung des Bundesministers für Familie, Jugend und Gesellschaft, Heiner Geissler, im Jahr 1982 an die ihm nachgeordnete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Vernichtung der von der Bundes-

zentrale selbst im Jahr 1976 produzierten siebenteiligen Filmserie mit Arbeitsmappen zur Sexualerziehung "Betrifft: Sexualität". Das vernichtete Material, 219 Filmkopien und 79400 Arbeitsmappen hatte einen Wert von 1.076.260 DM. In einer Stellungnahme verurteilte die Deutsche Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung "diese skandalöse Nacht- und Nebel-Aktion": "Die jetzt vernichteten Arbeitsmappen waren seinerzeit mit Unterstützung namhafter Experten hergestellt worden. Sie galten - und gelten! - bei Sexualpädagogen wie Sexualwissenschaftlern als Medien, die in hervorragender Weise die schwierigen Probleme einer jugendgerechten Vermittlung sexueller und sexualethischer Informationen angingen; als gelungene Versuche einer die menschliche Sexualität bejahenden und dabei die persönliche Verantwortung und Mündigkeit junger Menschen bei der Gestaltung ihrer geschlechtlichen Beziehungen fördernden Erziehung. - Die sexualpädagogische Akzeptanz und der Erfolg dieser Materialien drücken sich u. a. in der Tatsache aus, daß der Bundeszentrale zum Zeitpunkt der Vernichtungs-Anweisung 11000 Bestellungen vorlagen ...

In einer modernen, pluralistisch verfaßten Gesellschaft kann es nicht Aufgabe einer staatlichen Sexualerziehung sein, durch zentral gesteuerte Informationskontrolle den Kenntnis- und Erfahrungshorizont ihrer (heranwachsenden) Bürger auf konkrete Wertvorstellungen partikularer Interessengruppen - z. B. auf die Sexualnormen der katholischen Kirche - einzuengen ..." (Borneman und Gindorf, 1986, 262).

Eine differenzierte Haltung zur Sexualität scheint sich nicht durchzusetzen. Das eine Extrem ist eine asketisch-geistige Sexualhaltung. Danach ist Sexualität nur Ausdruck körperlichen, tierisch-wahllosen Entladungsdranges, gegen den der Mensch zum Wohle seines geistigen und seelischen Heils mit allen Kräften ankämpfen muß. In der Nähe dieses Extrems finden sich pietistische Einstellungen und die Grundhaltung der katholischen Kirche. Auch als der Einfluß

der Kirche auf den Staat nachließ und die Psychiater zu den neuen Experten für sexuelles Verhalten wurden, blieb die bis dahin übliche Sexualdoktrin der Kirche erhalten und wurde nur in eine medizinische Sprache übersetzt: Was bisher Sünde war, wurde jetzt Krankheit. Der Psychiatrie lag zwar nicht mehr so viel an der Fortpflanzung, dem nach Thomas von Aquin (1224 - 1274) einzig "richtigen" Zweck sexueller Aktivität, aber sie bestand auf dem "richtigen" Geschlechtsverkehr mit der "richtigen" Person, Koitus in der Ehe. Alles andere war pathologisch oder pervers; so führten Mediziner z. B. im 18. Jahrhundert einen "Kreuzug" gegen die "gesundheitsschädliche" Masturbation.

Fortschritte in der Sexualwissenschaft verdanken wir erst den Pionieren dieser Wissenschaft am Anfang unseres Jahrhunderts. Leider wurde deren Wirken durch die Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland, dem damaligen Zentrum der Sexualwissenschaft, jäh unterbrochen und viele Arbeitsergebnisse zerstört.

Fortan kümmerten sich Wissenschaftler in USA führend um die Erforschung sexuellen Verhaltens.

Aus den USA erreichte uns in den sechziger und siebziger Jahren auch das andere Extrem, nämlich eine gesellschaftliche Entwicklung, die populär "sexuelle Revolution" genannt wurde und durch Überwindung der alten Sexualnormen das Ziel einer totalen Befreiung des Menschen erreichen wollte. Während in früheren Zeiten sexueller Unterdrückung nur die Fortpflanzungsfunktion als Zweck sexueller Aktivität hatte gelten sollen, dominierte nun die Lustfunktion.

Wie tiefgreifend waren nun die Veränderungen, die die Sexual- und Aufklärungswelle bewirkt hatte?

1978 verschickte die Forschungsgruppe SEAT (Sexual Education and Therapy) 5000 Fragebogen an Frauen und Männer, von denen

30 % ausgefüllt zurückgesandt wurden. Die Auswertung ergab kein sehr positives Bild: Die Hälfte der Bevölkerung schafft es nicht, unbefangen mit dem eigenen Partner über die eigenen sexuellen Bedürfnisse zu reden und in jedem zehnten Bett erfolgt der Geschlechtsverkehr als stumme Verrichtung, bei der keiner vom anderen weiß, was in diesem vorgeht (Kolb, 1980).

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, daß trotz dieser "sexuellen Revolution" die alten Normen zu bestehen scheinen, daß nur neue Normen noch dazugekommen sind: Es entstand ein sexueller Leistungsdruck, man mußte sich sexuell entfalten, frei von Eifersucht und sexuellen Hemmungen und sexuell kreativ sein. So ist es nicht erstaunlich, daß die sexuellen Schwierigkeiten der Menschen durch diese Sexualbewegung nicht gelöst wurden.

Die moderne Sexualforschung betont heute neben der Fortpflanzungs- und der Lustfunktion zusätzlich eine Sozialfunktion der Sexualität: Sexualität als intime zwischenmenschliche Kommunikation und Ausdruck von Liebe. Sie sieht das Sexualverhalten des Menschen nicht von einem Instinkt geleitet, sondern sich auch über Lernerfahrungen entwickeln. Die Sexualforschung nimmt heute an, daß alle Menschen mit einem undifferenzierten Sexualpotential geboren werden, das durch die vielen unterschiedlichen sozialen Einflüsse, Erlebnisse und Erfahrungen geprägt und ausdifferenziert wird.

Diese Erfahrungen bestimmen neben dem individuellen Ausmaß sexueller Erregbarkeit, welche Sexualpraktiken und welche Sexualpartner ein Mensch bevorzugt, seine sexuellen Neigungen (Schmidt, 1975).

Ein solches Verständnis der menschlichen Sexualität hilft bei der Lösung und Behandlung von Sexualproblemen und bleibt zur Prophylaxe sexueller Probleme eine sexualerzieherische Aufgabe für die Zukunft.

1.2 Grundannahmen und Sprache der Sexualtherapie

In der Begegnung mit akuten Problemen werden bei Therapeuten meist wenig Gedanken über die eigenen Grundannahmen gemacht. Eine kritische Selbsteinschätzung erfordert aber eine Kenntnis der Ursprünge und Traditionen. Trotz des oberflächlichen Eindrucks einer von fast allen Zwängen befreiten Gesellschaft wirken noch viele puritanische Traditionen fort und die Moralvorstellungen zeugen von einem sehr engen Verständnis von Sexualität.

Die wichtigste unbefragte Grundannahme in der Sexualtherapie ist der Glaube an eine "natürliche", gesunde Sexualität, die durch negative äußere Einflüsse gestört wird. Hinter diesen Naturvorstellungen verbergen sich seit jeher Moralvorstellungen im medizinischen oder therapeutischen Gewand.

Trotz der Modernisierung von Begriffen, z. B. statt Perversion nun Paraphilie, besteht diese Grundannahme weiter, obwohl es in der Natur keine sexuelle Norm gibt: Mit Bezug auf die Natur kann jede Form menschlichen Sexualverhaltens verurteilt oder gerechtfertigt werden. So wird in einer sexologischen Darstellung von Abu Nasr al-Isra'ili aus dem 12. Jahrhundert homosexueller Geschlechtsverkehr empfohlen, um Gesundheit und jugendliches Aussehen zu erhalten: "Die Natur verlangt, daß Männer nur dann Geschlechtsverkehr haben, wenn sie dazu körperlich wirklich bereit sind, was sich an einer sehr starken Erektion erweist. Daraus folgt, daß Analverkehr mit Jungen immer gesund ist, da er nur unter dieser Voraussetzung stattfinden kann. Demgegenüber wird Vaginalverkehr auf Verlangen der Frauen häufig in halberigiertem Zustand ausgeführt, er ist also oftmals ungesund, weil er Anforderungen an den Körper des Mannes stellt, die dieser offensichtlich nicht erfüllen kann. Männer, die also - zumindest nach Überschreiten einer bestimmten Altersgrenze - ihre sexuelle Aktivität auf Jungen beschränken, führen

ein längeres, gesünderes und natürlicheres Leben als diejenigen, die weiterhin Geschlechtsverkehr mit Frauen haben." (Zusammenfassung nach Haeberle, 1983, 263).

Eine weitere Grundannahme lautet, daß die Interessen der Gesellschaft und der Patienten identisch seien. Der Sexualtherapeut bräuchte die verlorengegangene Harmonie zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen nur wieder herzustellen helfen. Die Sexualtherapie wäre jedoch überflüssig, wenn die Gesellschaft ein echtes Interesse an einem sexuell erfüllten Leben ihrer Menschen hätte. Schon die Tatsache der Sexualstörungen und der Notwendigkeit zur Sexualtherapie zeigt Konflikte zu bestimmten gesellschaftlichen Wertvorstellungen auf.

Am Beispiel der Verhaltenstherapie wird diese Problematik schnell deutlich: Ihr wurde der Vorwurf gemacht, nicht im emanzipatorischen Sinne therapeutisch tätig zu sein, sondern lediglich ein erwünschtes Verhalten zu trainieren, obwohl mit diesen neuen Methoden vielen Menschen zu weniger Problemen mit sich, ihren Partnern und der Gesellschaft verholfen wurde. Eine kritische Sexualtherapie wird ihre Effekte bescheiden beurteilen und nie umfassendes Glück und unrealistische Lebensveränderungen versprechen.

In der Sexualtherapie, mehr als in anderen Bereichen, wird der Therapeut zu beiden Partnern Kontakt aufnehmen und wird beide Partner als verantwortlich für die Störung und die Gesundung ansehen. Nicht die ökonomische, soziale oder rechtliche Stellung der Partner und nicht das größere Durchsetzungsvermögen eines der beiden Partner entscheiden in einer Therapie über die Angemessenheit der sexuellen Wünsche, sondern es wird immer eine partnerschaftliche Verständigung angestrebt. So werden heute in der Sexualtherapie Männer und Frauen als gleichberechtigt behandelt, wurde hier endlich die Geschlechtertrennung überwunden.

Fortschrittliches Verhalten wird jedoch keineswegs entsprechend sprachlich ausgedrückt und in der geläufigen Terminologie wiedergespiegelt. Bei den sexuellen Dysfunktionen wird die unnötige und terminologisch unsinnige Unterscheidung von männlichen und weiblichen Sexualstörungen unkritisch weitergeschleppt.

Erektionsstörungen des Mannes und Erregungsstörungen der Frau sind ein identisches Phänomen, nämlich das Fehlen körperlicher Erregung.

Bei den Orgasmusproblemen spricht man auf männlicher Seite meist von Ejakulationsproblemen, von vorzeitiger oder verzögerter Ejakulation, obwohl die Ejakulation gar nicht das Problem ist. Vielmehr geht es um das "timing" des Orgasmus ausschließlich im Zusammensein mit einem Partner. Das Problem hat also einen subjektiven Charakter und ein Therapeut wird eine befriedigende Steuerung des Orgasmuszeitpunktes für das Paar suchen und nicht die Erfüllung irgend einer universellen Leistungsnorm.

Der sprachliche Rückfall in alte Ideologien zeigt sich auch beim Wort "Geschlechtsverkehr", der oft kurzerhand mit dem Koitus gleichgesetzt wird. Wird die Sexualität so auf eine rein genitale Interaktion eingeschränkt, wundert es nicht, wenn sie zur Funktionsstörung verkümmert. Gemessen am sexualtherapeutischen Handeln zeigt sich in der Fachsprache immer noch eine Überbetonung des Koitus und des Orgasmus und eine Verabsolutierung der Störungskomponente, die doch nur einen Teil der betroffenen Person ausmacht. Eine besondere Gefahr liegt in den griechisch oder lateinisch verfremdeten "Schimpfwörtern", wie z. B. Impotenz, die völlig unberechtigt den Eindruck klar abgegrenzter klinischer Krankheitsbilder erwecken.

Die sexuellen Funktionsstörungen, die von den körperlichen Einschränkungen des Sexuallebens unterschieden werden,

setzen wegen der engen Verbindung zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen eine begrifflich willkürliche Trennung zwischen körperlichen und psychischen Ursachen voraus. Dies, wie die sexuelle Beziehung der beteiligten Partner, bleibt zu reflektieren, wenn die folgende Unterscheidung der sexuellen Dysfunktionen vorgenommen wird:

- Fehlen körperlicher Erregung (und Vaginismus bei der Frau)
- Unbefriedigende Kontrolle über den Zeitpunkt des Orgasmus
- Ausbleibender Orgasmus.

Die etwas andere Einteilung von Kaplan (1979) in die drei Phasen Appetenz, Erregung und Orgasmus liegt dem gegenwärtigen Klassifikationssystem DSM III (American Psychiatric Association, 1980) zugrunde, dessen Beschreibungen der "Psychosexuellen Dysfunktionen" keineswegs präzise sind. "Das Urteil fällt der Kliniker, der die verschiedenen Faktoren wie Häufigkeit, Chronizität, subjektive Beschwerden und Wirkung auf andere Leistungsbereiche berücksichtigen muß" (DSM III, dt. Ausgabe, 1984, 289). Zur besseren Störungsdiskrimination wird ein mehrfach multidimensionales Klassifikationssystem gefordert, das die Gesundheit, die Kommunikation, die partnerschaftliche Zufriedenheit und die sexuelle Funktion des Partners ebenso berücksichtigt wie die Qualität und Quantität vergangener nichtsexueller und sexueller Beziehungen (Heilman und Hatch, 1981).

Die Klienten der vorliegenden Untersuchung waren Männer mit Erektionsproblemen, also nicht ausreichender körperlicher Erregung, und Frauen mit Fehlen körperlicher Erregung und ausbleibendem Orgasmus. Vaginismus und vorzeitiger Samenerguß wurden, weil sie nur in kleiner Zahl zur Anmeldung kamen, aus der Untersuchung ausgeklammert. Zwischen primärer und sekundärer Sexualstörung wurde nicht unterschieden, da diese Unterscheidung keine Bedeutung für die Therapie hat.

2. Sexuelle Funktionsstörungen

2.1 Häufigkeit

Zum Sexualverhalten liegen heute eine Vielzahl von Untersuchungen aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen vor. Besonders bedeutsam wegen ihres Informationsumfangs sind nach wie vor die Kinsey-Reports (Kinsey u. a., 1970). Eine neue Methode der Informationsgewinnung mit meist sehr großen Stichproben sind Fragebögen, die Zeitschriften beiliegen und von den Lesern anonym ausgefüllt zurückgesandt werden: Hite-Report (1977), Brigitte-Untersuchung "Der Mann" (1985), Psychology Today (Athanasiou u. a., 1970), Psychologie heute (Mrazek, 1984). Allerdings wird hier bereits durch die Aufmachung der Zeitschrift eine Selektion betrieben und die Rücksenderate ist in der Regel gering; der Anspruch auf Repräsentativität wird also nicht erfüllt. Aber auch mit nicht-repräsentativen Stichproben lassen sich Hypothesen prüfen; so untersuchte Eysenck (1977) mit einer unrepräsentativen Stichprobe die Beziehung zwischen Aspekten der Sexualität, die in seinem Fragebogen enthalten waren, und Neurotizismus, Extraversion und Psychotizismus, wobei er sicherstellte, daß seine Stichprobe genügend Varianz bezüglich der Sexualität und den Persönlichkeitsmerkmalen aufwies. Eine Generalisierung solcher Daten auf die Allgemeinbevölkerung ist natürlich unzulässig, bis die gefundenen Zusammenhänge in Replikationsstudien bei anderen Stichproben bestätigt werden.

Die Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit sexueller Probleme kann also immer nur auf dem Hintergrund einer bestimmten Erhebungsmethode geschehen und gibt nie den wahren Sachverhalt vollkommen wieder.

Nach den Ergebnissen der Kinsey-Untersuchungen ergeben sich folgende Störungsraten:

Tabelle 1:
Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen der Männer (Kinsey u. a., 1970)

	Männer
"mehr oder weniger permanente Erektionsstörungen" (bei 55jährigen 7 %, bei 65jährigen 25 %)	1,6 %
"gelegentliche Erektionsstörungen"	35,0 %
"vorzeitige Ejakulation"	0,15 %

(In einer Analyse von Eheproblemen, die auf Kinseys Untersuchungen basierte, fand Gebhard (1966) eine wesentlich höhere Zahl beim vorzeitigen Samenerguß heraus: 6 %; Gebhard weist auch auf die unterschiedliche Beantwortung durch die beiden Ehepartner hin: Erektionsstörungen wurden von 1,7 % der Männer und 3,9 % ihrer Ehefrauen genannt.)

Bei den Frauen wurde vor allem die Unfähigkeit zum Orgasmus Gegenstand der Untersuchungen:

Tabelle 2:
Häufigkeit von Orgasmusproblemen bei Frauen (Kinsey u. a., 1970)

	Frauen
50 % der 19jährigen	hatten noch keinen Orgasmus
10 % der 35jährigen	

(Nach Gebhard hatten 16 % der Ehefrauen Orgasmusprobleme.)

Nach Athanasiou u. a. (1970) ergibt sich folgende Inzidenz sexueller Probleme:

Tabelle 3:
Häufigkeit sexueller Probleme nach Athanasiou u. a. (1970)

	Männer	Frauen
"unbefriedigende Sexualität" (20 % der Frauen erlebten nie oder fast nie einen Orgasmus)	23 %	18 %
"sehr unbefriedigende Sexualität"	8 %	9 %

Eine Bedarfsanalyse zur ärztlichen Versorgung von Patienten mit sexuellen Störungen in Hamburg (Schorsch u. a., 1977) erbrachte, daß 90 % der Patienten, die in einer Woche die niedergelassenen Ärzte konsultierten, eine sexuelle Funktionsstörung haben. "Am häufigsten sind Erregungs- und Orgasmusstörungen der Frau, es folgen Erektionsstörungen, dann Männer mit vorzeitiger Ejakulation; am seltensten ist Vaginismus." (Schmidt und Arentewicz, 1980, 22) Nach einer Dokumentation der Hamburger Abteilung für Sexualforschung (Schoof, 1975) kommt nur ein Bruchteil der Patienten der Bedarfsanalyse in die ambulante Sexualberatung: Männer bis 35 Jahre und höhere Ausbildungsschichten sind deutlich überrepräsentiert, obwohl solche Probleme bei Frauen häufiger vorkommen und obwohl zumindest bei den Männern die Probleme mit dem Alter zunehmen; auch mehr Frauen aus der Unterschicht leiden an sexuellen Störungen (Kinsey u. a., 1970), bleiben aber unbehandelt.

Nach Schmidt und Arentewicz (1980) verteilen sich die sexuellen Funktionsstörungen in der Hamburger Ambulanz zwischen 1975 und 1977 wie folgt:

Tabelle 4:

Sexuelle Funktionsstörungen in der Hamburger Ambulanz (Schmidt und Arentewicz, 1980)

Männer (N = 416)		Frauen (N = 353)	
Erektionsstörungen	56 %	Erregungs- und Orgasmusstörungen	90 %
vorzeitige Ejakulation	23 %	Isolierte Orgasmusprobleme	30 %
Erektionsstörungen und vorzeitige Ejakulation	10 %	Vaginismus	12 %
ausbleibende Ejakulation	6 %		

Die widersprüchlichen Zahlenangaben verschiedener Untersuchungen, z. B. vermutet Schnabl (1974) den vorzeitigen Samenerguß als die häufigste Funktionsstörung des Mannes, hängen neben den unterschiedlichen Stichproben auch mit der Schwierigkeit der Definition der Störung zusammen. Besonders die Frage nach der Schnelligkeit der Ejakulation und dem damit verbundenen Leidensdruck wird von verschiedenen Personen völlig unterschiedlich beantwortet: Der eine Mann leidet an einer unbefriedigenden Kontrolle des Orgasmuszeitpunktes, der andere ist stolz darauf, wie schnell er "kommt". Auch die Befragung von Ärzten gibt nicht präziser Aufschluß über die Häufigkeit der sexuellen Probleme, da manche Ärzte sensibler für diese Probleme sind und sie auch mehr ansprechen als andere. So bleibt ein unbefriedigendes Gefühl bei der Einschätzung des Vorkommens sexueller Probleme:

- Nehmen die sexuellen Probleme zu oder wagen sich heute mehr Patienten, diese anzusprechen?
- Nehmen sexuelle Probleme zu oder sind die Menschen anspruchsvoller geworden?

"Es scheint, daß sexuelle Funktionsstörungen der einen oder anderen Art bei vielen Menschen in unterschiedlichsten Gesellschaften seit Beginn der Menschheitsgeschichte bestanden haben. Wir wissen zum Beispiel, daß sich die Ärzte in der Antike und im Mittelalter mit diesem Problem beschäftigt und die verschiedensten medizinischen Behandlungsmethoden versucht haben. Doch scheinen diese Funktionsstörungen in unserer Zeit schwerer und häufiger geworden zu sein." (Haeberle, 1983, 273)

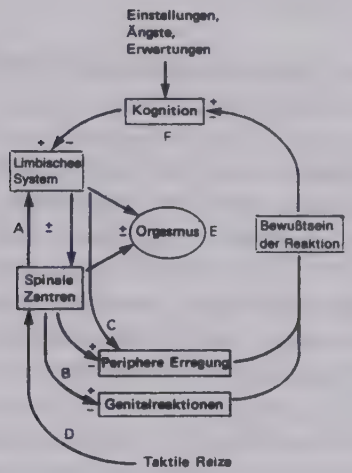
Einmütig wird in der Literatur davon ausgegangen, daß funktionelle Sexualstörungen bei beiden Geschlechtern wesentlich häufiger sind als organische Sexualstörungen (Schnabl, 1974).

2.2 Ursachen sexueller Funktionsstörungen

Die sexuelle Funktion ist ein psychosomatischer Prozeß, den viele verschiedene Faktoren störend beeinflussen können. Die Grundlagen einer befriedigenden sexuellen Erfahrung als Voraussetzung für ein Verständnis sexueller Störungen beschreibt Bancroft (1985):

"Genitale Reaktionen, verbunden mit angenehmen sexuellen Empfindungen, die zur Erregung und in den meisten Fällen auch zum Orgasmus führen, bilden die physiologische Basis für die Erfahrungen. Man muß sich im eigenen Körper zu Hause fühlen und die Veränderungen, die während der sexuellen Erregung auftreten, akzeptieren. Außerdem muß man in der Lage sein, sich gehen zu lassen und in gewissem Maße die Kontrolle zu verlieren, um das Erlebnis des Orgasmus zu ermöglichen. Innerhalb der sexuellen Beziehung besteht zusätzlich das Bedürfnis nach Sicherheit, um zuzulassen, daß all dies in Gegenwart einer anderen Person geschieht. Der Zustand sexueller Erregung macht verletzbar und reduziert die individuelle Abwehr. Für die Frau bedeutet der Orgasmus die Herausforderung, sich gehen zu lassen und die Kontrolle zu verlieren, für den Mann dagegen die Herausforderung, die Kontrolle zu behalten, um eine zu schnelle Ejakulation zu vermeiden. Die Bedeutung dieses speziellen, anscheinend physiologischen Geschlechtsunterschieds wurde bisher nicht ausreichend anerkannt." (207)

Abbildung 1:
Das psychosomatische System der Sexualität
(Bancroft, 1985)



Mit der Abbildung 1 kann der zirkuläre Prozeß des psychosomatischen Systems veranschaulicht werden:

"Kognitive Faktoren und sensorische Inputs in Form von Berührung beeinflussen das System der sexuellen Reaktionen im limbischen System und in den damit verbundenen Zentren des Rückenmarks. Dieses System ist verantwortlich für die Genitalreaktionen und körperliche Veränderungen, die darauf folgen. Das Bewußtsein dieser körperlichen Veränderungen kann entweder erregend sein oder aber Ängste hervorrufen. Dieses Bewußtsein oder die Wahrnehmung damit verbundener Schmerzen schließen den Kreis. Es ist wichtig, dabei die Existenz exzitatorischer und inhibitorischer Mechanismen zu berücksichtigen. Wenn das System einmal positiv aktiviert ist, dann wird ein Prozeß in Gang gesetzt bis der Orgasmus erreicht ist und (insbesondere bei Männern) ein temporärer Abschaltmechanismus einsetzt." (Bancroft, 1985, 208)

Bei sexuellen Funktionsstörungen sind negative Einflußfaktoren an spezifischen Punkten dieses Systems wirksam mit Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Diese Auswirkungen im System können weiterbestehen, wenn der Auslöser längst aufgehört hat zu wirken.

Die einzelnen Punkte dieses psychosomatischen Systems lassen sich wie folgt beschreiben:

A Das limbische System wird als physiologisches Substrat des sexuellen Verhaltens angesehen, dessen Erregbarkeit bestimmt, ob sexuelle Reize zu sexuellem Verhalten führen. Hierin wird auch die Grundlage für sexuelle Appetenz gesehen. Es wird angenommen, daß es aufgrund angeborener oder konstitutioneller Faktoren individuelle Unterschiede in der Erregbarkeit dieses Systems gibt.

B Die Genitalreaktionen sind hauptsächlich von Blutansammlung in den Gefäßen abhängig, wobei Störungen der vaskulären Mechanismen und Störungen von deren neuraler Kontrolle auftreten können. Für die sexuelle Funktion der perivaginalen und Beckenmuskulatur bei Frauen ist wahrscheinlich ein bestimmter Tonus dieser Muskeln notwendig: sind sie zu schlaff, dann erleben beide Partner den Koitus als wenig befriedigend; sind die Muskeln zu straff, dann wird das Einführen des Penis schmerzhaft (Vaginismus).

C Mit den Genitalreaktionen gehen verschiedene körperliche und kardiovaskuläre Veränderungen (periphere Erregung) einher, deren Bedeutung für die sexuelle Befriedigung schwer zu beurteilen ist, die aber zu Problemen führen können, z. B. bei kardiovaskulären Erkrankungen.

D Die taktile Sensibilität nimmt während sexueller Stimulation zu, was die sexuelle Erregung fördert. Wahrscheinlich resultiert diese Erhöhung der Sensitivität ebenso aus lokalen Veränderungen wie aus zentralen Mechanismen.

E Die neurophysiologischen Grundlagen des Orgasmus sind kaum bekannt, so daß sich nur wenig über lokale körperliche Ursachen von Orgasmusstörungen sagen läßt. Die Kontrolle der Ejakulation muß gelernt werden, wobei sich die Männer eventuell aufgrund unterschiedlich erregbarer "Ejakulationszentren" unterscheiden.

F Psychologische Faktoren und emotionale Zustände können die sexuellen Reaktionen sehr stören. Angst wird am häufigsten als beeinträchtigende Bedingung bei sexuellen Funktionsstörungen genannt, aber auch Ärger, Feindseligkeit und das Einnehmen einer innerlich unbeteiligten Beobachterrolle.

Das Verständnis dieser komplexen Zusammenhänge im psychosomatischen System zeigen die Begrenztheit der gegenwärtig üblichen, traditionellen Kategorien sexueller Funktionsstörungen. Immer noch ist die beste therapeutische Vorgehensweise die genaue Erfassung der Vielzahl möglicher Störeinflüsse und deren Wechselwirkung, also des individuellen Störungsbildes der Patienten.

Einfache kausale Aussagen sollten besonders zwischen erkennbaren psychologischen Problemen und dem sexuellen Problem unterlassen werden, da man nicht sicher sein kann, daß diese psychologischen Faktoren für die Sexualstörung ursächlich verantwortlich sind. Selbst wenn sich das sexuelle Problem nach einer Beeinflussung dieser psychologischen Faktoren bessert, kann das nur die Vermutung über diesen Zusammenhang unterstützen - man kann sich dessen aber niemals sicher sein, weil im Verlauf eines Therapieprozesses

sehr viele Dinge gleichzeitig geschehen. Die klinische Erfahrung (Kaplan, 1979; Arentewicz und Schmidt, 1980; Bancroft, 1985) legt jedoch einige Zusammenhänge zwischen psychologischen Problemen und Beeinträchtigungen der sexuellen Beziehung und funktionellen Sexualstörungen besonders nahe:

- Wissensdefizite bezüglich Anatomie und Physiologie der Sexualität und sexuelle Mythen.
- Negative Gefühle (Ängste, besonders vor Kontrollverlust, Ekel und Schmutzphantasien) gegenüber der tabubehafteten Sexualität.
- Negative Gefühle gegenüber der eigenen Person und dem eigenen Körper.
- Negative Gefühle gegenüber dem Partner, besonders Ärger und Unsicherheit in der Partnerschaft.
- Unfähigkeit zur bildhaften Vorstellung positiven sexuellen Geschehens.
- Neurotische Disposition und sekundärer Krankheitsgewinn.
- Widrige Umstände (Arbeitsdruck, kalte und hellhörige Räume usw.).

Viele Ursachen für sexuelle Probleme können auf die repressive Grundeinstellung der Gesellschaft gegenüber der Sexualität zurückgeführt werden. Die für sexual-therapeutische Maßnahmen besonders relevanten Auswirkungen dieser Unterdrückung sind die fast völlige Einschränkung der Sexualität auf den Koitus und die Überbewertung des Orgasmus.

Ein einmal beobachtetes sexuelles Versagen setzt ein grundlegendes Dilemma in Gang, das bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen eine zentrale Rolle spielt:

"Das erste, vielleicht zufällige, Auftreten einer Funktionsstörung führt zu Erwartungsangst, diese Erwartungsangst verhindert die intakte Funktion, und dies wiederum erhöht die

Erwartungsangst. Dieser Selbstverstärkungsmechanismus (Schmidt u. a., 1975) oder 'sich selbst erhaltende Teufelskreis' (Lobitz u. a., 1974) sexueller Störungen geht einher und wird beschleunigt durch ängstliche Selbstbeobachtung, Minderwertigkeitsgefühle, häufig auch durch eine zunehmend fordernde oder feindselige Haltung des Partners. Jede Vermeidung sexueller Aktivität, jede Unterdrückung sexueller Wünsche, also jeder "Libidoverlust", umgeht die angstauslösende Situation und das vorweggenommene Versagenserlebnis und wird entsprechend verstärkt.

Der Selbstverstärkungsmechanismus spielt in der Ätiologie aller Funktionsstörungen eine wichtige Rolle. Gleichgültig, welche tieferen Ursachen eine sexuelle Störung haben mag - frühkindliche Konflikte und Ängste, Partnerkonflikte, Lerndefizite - sie werden durch den Selbstverstärkungsmechanismus verfestigt. Die Störung kann sich durch ihn von den ursprünglichen Ursachen völlig ablösen und funktionell autonom werden." (Schmidt und Arentewicz, 1980, 46)

2.3 Empirische Untersuchung zum Mentalen Training bei sexuellen Funktionsstörungen

2.3.1 Problemstellung und Ziele der Untersuchung

Die Paartherapie funktioneller Sexualstörungen kann inzwischen als Standardmethode der Sexualtherapie bezeichnet werden. Sexualstörungen wurden von Masters und Johnson (1970) als Problem des Paares definiert, was die Behandlung beider Partner zur Folge haben mußte. Die mit diesem Therapieansatz verbundenen Schwierigkeiten konnten dieses Postulat zunächst nicht in Frage stellen.

Mangelnde Kooperation zwischen den Partnern und fehlende Partner erforderten aber doch andere Wege, wie die Masturbations- und die Surrogatpartner-Therapien - beides direkte Sexualtherapien mit dem Effekt, aber auch mit den Schwierigkeiten aller Behandlungsmaßnahmen, die auf einem Übungsprogramm beruhen.

So wie die Surrogatpartner-Therapie heute nur eine eingeschränkte praktische Bedeutung hat, weil ihre Vorteile, reale und günstige Lernbedingungen, von erheblichen Nachteilen, ethischen und juristischen Problemen (Borelli u. a., 1979) begleitet werden, so sind auch weitere Methoden mit direkter Hilfestellung zur Optimierung der Lernerfahrungen zwar denkbar, aber kaum als Standardmethode realisierbar, z. B. direkte Stimulation durch Therapeuten.

Die Übungsmaßnahmen müssen also im allgemeinen dem Patienten bzw. den Partnern übertragen werden. Besonders bei der primären sexuellen Dysfunktion der Frau haben sich Masturbationsprogramme bewährt und in der Praxis durchgesetzt (Lo Piccolo und Lobitz, 1972; Barbach, 1974).

Trotz aller Unzulänglichkeiten der wissenschaftlichen Untersuchungen können den direkten Sexualtherapien die größten Erfolgsraten in den letzten Jahren unterstellt werden (Kaplan, 1981; Buddeberg, 1983; Zimmer, 1984). Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese Erfolgsbeurteilungen nicht zu hoch ausgefallen und ähnlich wie bei der systematischen Desensibilisierung inzwischen vorsichtiger zu beurteilen sind. Die frühen Untersuchungen zur systematischen Desensibilisierung berichten von hohen Erfolgsraten (z. B. Wolpe und Lazarus, 1966), die inzwischen nicht mehr aufrechterhalten werden können (Kockott, 1975 und 1977).

Jede therapeutische Methode ist in ihrem Erfolg auch von der gesellschaftlichen Situation abhängig. Es besteht kein Zweifel daran, daß Verhalten und Einstellungen zur Sexualität heute im Vergleich zu den Arbeiten von Masters und Johnson in den sechziger Jahren durch größere Liberalität gekennzeichnet sind. Es bleibt aber offen, welche Schlußfolgerungen sich daraus für Auftreten und Behandlung sexueller Störungen ergeben. So wenig, wie sich klar sagen läßt, ob es früher mehr oder weniger sexuelle Probleme gab als heute, weil dies von der Selbstetikettierung und damit von den Einstellungen zur Sexualität abhängt, so wenig läßt sich sicher sagen, ob frühere Erfolgsraten heute noch erwartet werden können. Es könnte sein, daß die direkten Sexualtherapien heute weniger erfolgreich abschneiden als in früheren Untersuchungen, weil sich bei leichten Fällen die Menschen aufgrund der größeren Aufgeschlossenheit heute gegenüber der Sexualität selbst helfen können (vgl. die günstige Prognose für gehemmte Klienten bei Arentewicz und Schmidt, 1980), so daß der Therapeut nur mit schweren Störungen der Sexualität konfrontiert wird. Tatsächlich beklagen viele Therapeuten zunehmend schwieriger werdende Fälle (Pervin und Leiblum, 1980). Sicher ist, daß heute im allgemeinen Patienten weniger durch körperliche Sexualaufklärung zu helfen ist als dies z. B. noch bei Masters und Johnson in der

Therapie vorgesehen war (Mehl, 1984). Die Sexualtherapie hat vielen Menschen geholfen, "denen man vor Einführung dieser Therapieform nicht wesentlich helfen zu können glaubte" (Kaplan, 1981, S. 2). Dennoch konnten im Laufe der Zeit auch ihre Mißerfolge nicht mehr übersehen werden.

Die Kritik an der direkten Sexualtherapie und besonders auch an der Paartherapie der Sexualstörungen hat allmählich immer mehr zugenommen; es werden neue Behandlungskonzepte und neue Behandlungsverfahren gefordert (Pfäfflin, 1981; Keßler und Moellen, 1980). Dabei zeigt sich ein Trend zum Konfliktkonzept: In Konflikten eines der Partner oder zwischen den Partnern werden die Ursachen der Sexualstörungen vermutet. Die Verhaltensanleitungen von Masters und Johnson (Konzept der gehemmten Sexualtriebe) und ergänzenden Spezialübungen (z. B. nach Lo Piccolo zum Erregungstraining) kommt nun z. B. bei Kaplan (1979) die Funktion zu, unbewußtes psychodynamisches Material zum Vorschein zu bringen, das in der Therapie bearbeitet wird. Dabei bleibt das Therapieziel auf die Symptombeseitigung ausgerichtet, aber andere Lebensbereiche werden in die Therapie einbezogen. Es handelt sich so um allgemeine Psychotherapie, die Sexualität zum Fokus nimmt. Dies heißt nicht, daß ein psychodynamisches Therapiekonzept zur Beseitigung von Persönlichkeitsstörungen notwendig wird - auch der therapeutische Ansatz von Ellis läßt sich in das Konfliktkonzept einordnen. So verstanden wird Sexualtherapie nicht auf das direkte Einüben sexueller Aktivität mit den beiden Partnern beschränkt, und mit der Abkehr von der Zentrierung auf den physiologischen Reaktionsablauf werden psychische Komponenten einbezogen, und es werden weitere, bei anderen Störungen als wirksam erwiesene Methoden zugänglich.

Meine eigenen therapeutischen Erfahrungen bei sexuellen Problemen legten die Suche nach einzeltherapeutischer Behandlung nahe, weil es oft entweder keinen Partner gibt,

dieser zwar vorhanden, aber nicht bereit zur Mitarbeit ist, oder der Patient ihn nicht einbeziehen will.

Des weiteren zeigte sich bei vielen Patienten, auch bei Einzelbehandlung, nur eine geringe Bereitschaft zur Durchführung der Übungen als Hausaufgabe, was ja gerade die direkte Sexualtherapie ausmacht. Dies ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, daß die Patienten in einem Bereich üben sollen, wo sie keine Erfolgserwartung haben und über gewisse Zeit fast nur unangenehme Empfindungen erleben. Die naheliegende Hilfe des Therapeuten, vergleichbar etwa der Heilgymnastik und Massage, kann wegen der damit verbundenen ethischen, juristischen und der Probleme hinsichtlich der Patient-Therapeut-Beziehung nicht als realistische Alternative bezeichnet werden. So sind Maßnahmen gefragt, die in Einzeltherapie durchführbar sind und es dem Patienten erleichtern, sich mit seiner Sexualität, mit seinem Körper, mit seinen Phantasien und mit seinen Schwierigkeiten zu befassen.

Dieses einzeltherapeutische Verfahren sollte konzeptionell weiter sein als z. B. die systematische Desensibilisierung und dem derzeit diskutierten Konfliktmodell Rechnung tragen. Des weiteren sollte eine Integration in die Paararbeit möglich sein, damit die Chancen dieses Therapie-Ansatzes erhalten bleiben.

Die Untersuchung sollte folgende Fragen beantworten helfen:

1. Ist Mentales Training als psychotherapeutische Methode bei sexuellen Funktionsstörungen indiziert?

2. Können in Einzeltherapie in etwa die gleichen Effekte erzielt werden wie bei der Paartherapie?

3. Bewirkt die Therapie mit Mentalem Training positive Veränderungen des Allgemeinbefindens im Sinne von Spannungsreduktion?

4. Ist ein Mentales Training in seiner Wirksamkeit bei sexuellen Funktionsstörungen einem reinen Entspannungstraining überlegen?

5. Beeinflußt Mentales Training die Erfolgserwartung?

6. Hat das Mentale Training Einfluß auf die Selbstbeurteilung der Persönlichkeit?

7. Ist Mentales Training bei der Reduzierung sexueller Ängste der Paartherapie überlegen?

8. Erweist sich die Einzeltherapie bei höherem Alter und längerer Beziehungsdauer der Paartherapie überlegen?

9. Wird die Einzeltherapie als weniger anstrengend erlebt?

10. Wirken sich institutionelle Bedingungen auf die Therapie-Erfolge aus?

11. Zeigen sich Geschlechtsunterschiede, profitieren Frauen mehr von Mentalen Training?

12. Wirkt sich die Schichtzugehörigkeit aus, profitieren Unterschicht-Klienten eher von der direkten Paartherapie?

13. Wirkt sich eine schlechte partnerschaftliche Beziehung ungünstig auf die Länge der Sexualtherapie aus?

14. Wirken sich therapeutische Vorerfahrungen auf die Sexualtherapie aus?

15. Zeigt die Paarbehandlung nach der Therapie stabilere Effekte?

16. Können die Ergebnisse der Paartherapie mit denen des Hamburger Paartherapie-Projekts verglichen werden?

17. Werden komplexe Erfolgsbeurteilungen den Effekten des Mentalen Trainings mehr gerecht als einfache Beurteilungen, insbesondere bei einer einfachen Erfolgsbeurteilung durch die Partner?

18. Kann das Mentale Training in die Paartherapie integriert werden?

19. Kann die therapeutische Effizienz durch eine Kombination aus Paar- und Einzeltherapie gesteigert werden?

2.3.2 Rahmenbedingungen der Untersuchung

2.3.2.1 Untersuchungsdesign

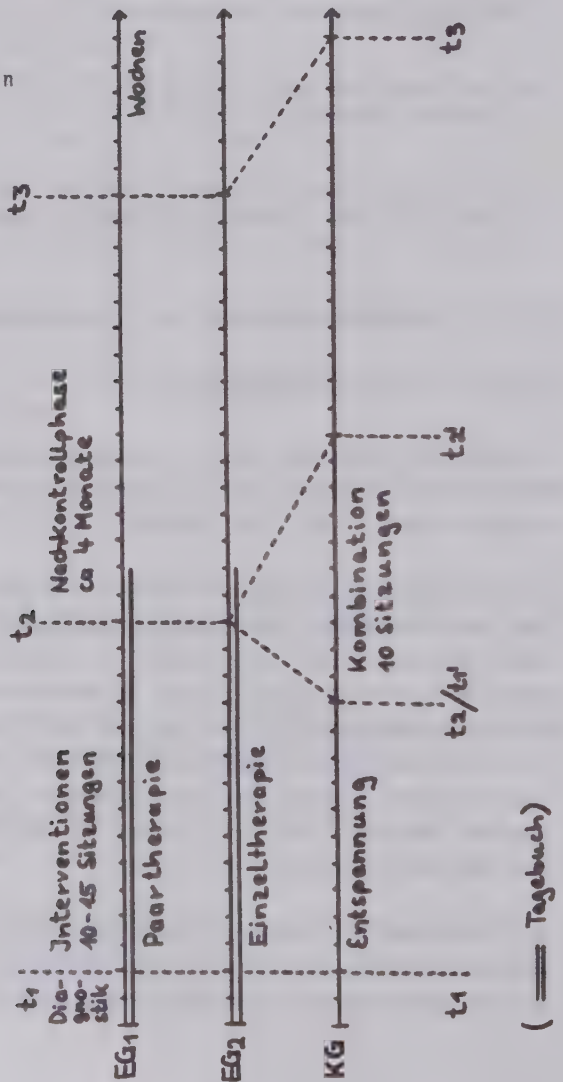
In einer ersten Phase der Untersuchung wurden drei Gruppen, nämlich Paartherapie (EG 1), Einzeltherapie (EG 2) und eine Kontrollgruppe (KG) verglichen.

Die Gegenüberstellung von Paar- und Einzeltherapie sollte die Beurteilung der Wirksamkeit des Mentalen Trainings ermöglichen. Dazu war vorgesehen, die Paartherapie möglichst ähnlich durchzuführen, wie es im Hamburger Paartherapie-Projekt geschehen war (Arentewicz und Schmidt, 1980) und dies mit teilweise gleichen Messmitteln zu überprüfen. Aus diesem Grunde wurden auch nur Paare zur Untersuchung zugelassen, was auch eine Erfolgsbeurteilung über die Partner der Patienten ermöglichen sollte.

In einer zweiten Phase der Untersuchung wurde eine weitere Behandlungsgruppe (Patienten der Kontrollgruppe der ersten Untersuchungsphase) untersucht und ihre Ergebnisse mit den

Behandlungsergebnissen der Phase 1 verglichen. In dieser dritten Therapiegruppe sollten verschiedene therapeutische Elemente, auch Einzel- und Paartherapie, zu einem Behandlungspaket zusammengestellt werden, wovon Aussagen über die Auswirkung komplexer Therapieangebote abgeleitet werden sollten.

Abbildung 2:
Untersuchungsplan



2.3.2.2 Therapeut

Alle persönlichen Kontakte mit Patienten und deren Partnern wurden von mir selbst wahrgenommen.

Seit 12 Jahren arbeite ich an einer Psychologischen Beratungsstelle, seit 1981 dort nur noch halbtags und zusätzlich in einer Psychologischen Praxis.

Nach dem Studium habe ich eine verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung vor allem unter Supervision von Irmela Florin in Augsburg, Tübingen und Marburg absolviert. Des weiteren habe ich u. a. im Laufe der Jahre persönliche Anleitung erfahren

zur Paartherapie: bei Dirk Zimmer und Dirk Revenstorf, beide Tübingen

zur Sexualtherapie: bei Hermann Wendt, Köln, Volkmar Sigusch, Frankfurt, Götz Kockott, München.

Von März bis Dezember 1980 hatte ich an der Projektgruppe zur Sexualtherapie unter Leitung von Dirk Zimmer teilgenommen, deren Arbeit Dirk Zimmer in seiner Habilitationsschrift "Sexualität und Partnerschaft" vorgestellt hat.

zur Mentalen Therapie: bei Norbert Loth, München, Hans-Christian Kossak, Bochum und Thies Stahl, Hamburg.

Zu beiden Therapievarianten der ersten Untersuchungsphase hatte ich vor Beginn dieser Untersuchung ausreichend Gelegenheit zur Durchführung, Erprobung und Erfahrungssammlung.

2.3.2.3 Stichprobe

2.3.2.3.1 Patienten-Gewinnung

Die Klienten meldeten sich wegen der Sexualproblematik selbständig oder wurden von niedergelassenen Ärzten und Psychologen, von Psychologischen Beratungsstellen und von Pro-Familia-Beratungsstellen überwiesen. Diese erfreuliche Zusammenarbeit läßt sich sicher nur durch die langjährigen Berufskontakte erklären. Es brauchten also keine Zeitungsanzeigen zur Patientengewinnung aufgegeben werden.

Die Klienten wußten nicht, daß sie an einer Therapie-Studie teilnahmen, wohl aber, daß die Fragebögen neben dem diagnostischen Zweck auch für wissenschaftliche Auswertungen dienen sollten.

Durch die Wahlmöglichkeit zwischen Paar- und Einzeltherapie und die echte Gestaltung der Therapie (keine wissenschaftliche Studie) konnten die beiden Hauptgründe für Nichtteilnahme, die in der Untersuchung von Zimmer (1984) zusammen mindestens 25 % betragen, nämlich "Weigerung eines Partners" und "Beide wollten nicht an einer Studie mitmachen" (236) in der vorliegenden Untersuchung ausgeschaltet werden.

Das größere Problem als die Patientengewinnung war die Randomisierung nach Therapie-Entscheidung, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Behandlungsinstitution.

2.3.2.3.2 Aufnahme-Kriterien

Es wurden Paare in fester Partnerschaft behandelt, die unter fehlender körperlicher Erregung oder Ausbleiben des Orgasmus über eine Dauer von mindestens sechs Monaten litten. Es durfte kein organischer Befund, keine akute Alkohol- oder Drogenabhängigkeit und keine Psychose vorliegen. Die

Empfängnisverhütung mußte während der Therapie gesichert sein. Es durften keine weiteren Therapien, auch nicht medikamentös, nebenher stattfinden. Partnerprobleme oder sogenannte neurotische Störungen waren kein Ausschlußkriterium, so lange die sexuelle Symptomatik vom Patientenpaar als eindeutig im Vordergrund stehend erlebt wurde und es sich mit der Beschränkung der Therapie auf diesen Aspekt seiner Beziehung einverstanden erklären konnte. Klienten mit abweichenden sexuellen Neigungen wurden nicht zur Behandlung im Rahmen dieser Untersuchung aufgenommen.

2.3.2.3.3 Beschreibung der Stichprobe

Die 68 Paare dieser Untersuchung waren im Durchschnitt 32,7 Jahre alt, sie lebten seit durchschnittlich 8,7 Jahren zusammen und litten seit 7,1 Jahren an der Sexualproblematik. Es war eine Mittelschichtpopulation und 24 % der Patienten hatten Hauptschul-, 55 % Realschul-Abschluß und 21 % hatten Abitur. Die Schichtdefinition setzte sich aus dem Schulabschluß des Patienten, der Berufstätigkeit des Hauptverdieners und dem monatlichen Einkommen zusammen (Anhang 1). 31 % der Klienten hatten noch keinerlei professionelle Hilfen in Anspruch genommen gehabt, 37 % hatten früher eine Beratung und 32 % eine psychotherapeutische Behandlung wegen dieser Problematik aufgesucht.

Weitere Daten zur Stichprobe sind im Anhang 2 aufgelistet.

Zu den Variablen Alter, Depressivität, Störungsdauer, Häufigkeit der Störung, Lebensalter erste Masturbation, Lebensalter erster Koitus, Dauer der Beziehung und Belastung durch die Sexualstörung wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet (Angaben zum Berechnungsverfahren siehe "Ergebnisse").

Die drei Gruppen unterschieden sich signifikant ($p=.05$) nur hinsichtlich des Altersdurchschnittes, was bei späte-

ren Berechnungen zur Beurteilung der Interventionen durch Anwendung von Regressionsanalysen berücksichtigt wird.

Tabelle 5:
Altersdurchschnitt in Jahren

Gruppe	Alter $\bar{x}$	SD
EG 1	35,0	5,9
EG 2	30,2	6,4
KG	32,7	6,0

Eine zweifaktorielle Varianzanalyse (Gruppen x Geschlecht) erbrachte hoch signifikante Unterschiede (p=.01) in der Schichtzugehörigkeit beider Geschlechter, wobei die weiblichen Patienten über alle drei Gruppen in der Variablen Schicht niedriger einzustufen waren; zwischen den Gruppen gab es diesbezüglich keine Unterschiede.

Tabelle 6:
Kennwerte und Signifikanzen zur Schichtzuordnung

Gruppe/Geschlecht		Schicht $\bar{x}$	SD
EG 1	m	6.5	1.4
	w	5.2	1.4
EG 2	m	6.6	1.4
	w	4.6	1.4
KG	m	6.0	1.9
	w	5.8	1.7
Effekte:	Gruppe		0.867
	Geschlecht		0.004
	Wechselwirkung		0.165

2.3.2.4 Diagnostik

Die diagnostischen Maßnahmen umfaßten drei etwa 90minütige Gespräche, mehrere Fragebogen und eine 14tägige Tagebuchprotokollierung.

Das erste Gespräch war am wenigsten strukturiert. Hier schilderten die Klienten in Umrissen ihre Probleme; ihnen wurden die Behandlungsalternativen, Paar- oder Einzeltherapie, vorgestellt, zwischen denen sie frei wählen konnten. Diese Zuordnung der Patienten zu den Therapiegruppen ist nicht nur unter untersuchungsmethodischen Gesichtspunkten sinnvoll, sondern der gegenwärtige Stand der Indikationsforschung erlaubt keine differentielle Therapiezuweisung aufgrund von Patientenmerkmalen (Grawe, 1982; Chapman, 1982); so ist es nur folgerichtig, "die Präferenz des Patienten für eine bestimmte Therapiemethode zur Indikationsstellung heranzuziehen." (Halder-Sinn, Riether und Riether, 1980, 180)

War die Behandlungskapazität erschöpft, wurde den Klienten die Kontrollgruppe mit "Überbrückungsmaßnahmen" empfohlen. Aus Gründen der Parallelität wurden gegen Ende der Untersuchung nur noch Klienten zugelassen, die eine bestimmte Wahl getroffen hatten. Es war überraschend, daß sich Frauen meist für Einzeltherapie und Männer meist für Paartherapie entschieden. Vielleicht hängt dies mit den Möglichkeiten der Frauen zur "Geheimhaltung" ihrer sexuellen Reaktion zusammen, während Männer ihr Erektionsproblem nicht verstecken und sexuellen Erfolg nicht simulieren können. Die Gründe für die Entscheidung waren nicht befragt worden.

Klienten mit anderer als der gesuchten Wahlentscheidung wurden entweder außerhalb des Untersuchungsplanes behandelt oder an ähnlich arbeitende Kollegen vermittelt. Eine Warte-

gruppe wurde nach der ersten Therapiephase nicht mehr gebildet, da die Untersuchung sonst nicht hätte zum Abschluß gebracht werden können.

Die weiteren diagnostischen Gespräche dienten der Festigung des Kontaktes, der Erhebung der Lebensgeschichte und der speziellen Problematik, teilweise der Fragebogenerhebung und der Therapieplanung.

Der folgende Interviewleitfaden, der in Anlehnung an Crombach-Seeber und Crombach (1982) entwickelt worden war, sollte die Grunderhebung vereinheitlichen.

INTERVIEWLEITFADEN FÜR SEXUELLE FUNKTIONSSTÖRUNG

positiven Kontakt herstellen Hemmungen nehmen

Genaue Beschreibung der Sexualstörung
- Fehlendes Verlangen?
- Störung der Erregung (Erektions-/Lubrikationsstörung)?
- Orgasmusstörung (vorzeitiger/verzögerter Samenerguß, totale/koitale Anorgasmie)? "Was meinen Sie, wenn Sie von Orgasmus sprechen?"

Wie häufig tritt die Störung auf?
(Abhängig vom Partner/von sexuellen Praktiken)

Wann trat die Sexualstörung zum ersten Mal auf?
(Langsame/plötzlicher Beginn? Lebenssituation damals? Gab es damals partnerschaftliche/berufliche/sonstige Veränderungen? Beziehung zum Partner damals und dessen Reaktion? Stellenwert des Problems damals?)

Verlauf der Problematik?
(Zwischenzeitige Veränderungen: Häufigkeit, Schweregrad? Erklärungen dafür?)

Wie sieht der Klient selbst sein Problem?
(Hypothesen zur Ursache oder Aufrechterhaltung? Mit welchen Bereichen ist der Klient noch zufrieden: Onanie, Zärtlichkeit, Ansprechbarkeit auf erotische Reize - welche? - spontane Erektionen, Lubrikation?)

Kann der Patient mit seinem Partner über die sexuellen Probleme oder sexuellen Wünsche offen sprechen?

Wie alt war der Klient, als er die Selbstbefriedigung entdeckt hat und wie geht er heute damit um?

Wann hatte er seinen ersten Geschlechtsverkehr?

Welche abweichenden Phantasien kennt der Klient und wie benutzt er sie?

Welche homosexuellen Erfahrungen hat der Klient?

Welche Erfahrung hat der Klient bei früherer Beratung, Therapie oder Informationssuche gemacht?

Zeichnung der äußeren Geschlechtsorgane und Benennung zusammen mit dem Klienten (seine Begriffe: Möse, Schwanz ... Kennt er Penis, Klitoris, Ejakulation? "Korrigieren Sie mich, wenn ich unverständliche Begriffe benütze!")

Was erwartet der Klient von dieser Therapie?

Therapiezieldiskussion (Normvorstellungen klären)

HS/RS/GYM Alter Alter des Partners

Meßmittel

Fragebogen zur Lebensgeschichte
und aktuellen Situation (FLG)

Der FLG basiert im wesentlichen auf dem von D. Zimmer und L. Echelmeyer übersetzten und erweiterten "Fragebogen zur Lebensgeschichte" (Lazarus, 1973). Es ist ein Anamnesebogen, der von den Patienten zuhause ausgefüllt wird und eine ausführliche Beschreibung zu Problem, Problemgeschichte, Lebensgeschichte, gegenwärtige Lebenssituation (Beruf, Einkommen, Ziele), Sexualität, Partnerschaft, Therapieerwartungen und Selbstbild liefert.

Von manchen Kollegen wird eine solch umfassende, noch dazu schriftliche Hausaufgabe für Patienten als unzumutbar abgelehnt. Meines Erachtens bräuchte es bei Verzicht auf diesen Fragebogen nicht nur ein diagnostisches Gespräch zusätzlich,

sondern die Klienten werden um eine Übung mit therapeutischem Wert gebracht, denn der Fragebogen fördert die Selbstreflexion, emotionale Verarbeitung und Entscheidungsfindung, und zwar ohne den Therapeuten, fördert also schon zu Beginn des therapeutischen Kontaktes die selbständige Problemlösung.

Depressivitäts-Skala (DS)

Dieser Fragebogen umfaßt 16 Items, mit deren Hilfe das subjektive Erleben des emotionellen Aspekts psychischer Gestörtheit erfaßt werden soll (v. Zerssen, 1976). Erhöhte Depressivität scheint die Prognose für Sexualtherapien zu verschlechtern (Tamburello und Seppecher, 1977; Kaplan, 1981), wobei im allgemeinen davon ausgegangen wird, daß Depression sexuellen Appetenzverlust bewirkt. Die vorliegenden empirischen Daten könnten auch mit wechselseitiger Interdependenz erklärt werden (Zimmer, 1984), was andere Schlußfolgerungen für die Therapieindikation zur Folge hätte.

Patienten mit Standard-T-Wert von 60 und darüber im DS wurden nicht in die Untersuchung einbezogen und somit günstigere Therapiebedingungen, diese jedoch für alle Gruppen geschaffen.

Sexual Interaction Inventory (SII)

Der von Lo Piccolo und Steger veröffentlichte Fragebogen wurde von Crombach-Seeber und Crombach in der deutschen Fassung als "Fragebogen zur sexuellen Interaktion" vorgelegt (1977).

17 sexuelle Verhaltensweisen werden von Mann und Frau danach beurteilt,
- wie oft sie gegenwärtig in ihrer Partnerschaft vorkommen
- wie oft sie sich wünschen, daß diese Verhaltensweisen vorkommen sollen

- wie sie diese empfinden
- wie sie meinen, daß der Partner sie empfindet.

Die weiteren Fragen des Original-Fragebogens

- wie man die Verhaltensweisen gern empfinden möchte
- wie man möchte, daß der Partner sie empfinden soll

wurden durch Überdecken beim Kopieren ausgeblendet, da diese Fragen in den Vorerfahrungen mit dem SII immer wieder zu Schwierigkeiten geführt hatten, weil nämlich Partner davon ausgingen, daß es doch wünschenswert sei, alle sexuellen Verhaltensweisen "extrem angenehm" empfinden zu können, und daß sich somit eine Beantwortung erübrige.

Nach der persönlichen Einschätzung der Fragebogen-Items tauschen die Partner ihre Daten aus und sprechen über ihre Beantwortung; dabei kommt es oftmals zu ersten direkten Gesprächen über sexuelle Vorlieben und Abneigungen. Und insofern hat dieser Fragebogen nicht nur diagnostische, sondern bereits therapeutische Funktion, indem er die Kommunikation über sexuelle Fragen fördert. Durch die Testwiederholung und das Abschlußgespräch wurde dieser Austausch zwischen den Partnern nach der Therapie noch einmal angeregt.

Der SII ist der einzige Fragebogen, der Einschätzungen beider Partner miteinander in Beziehung setzt. In den Gesamtwert gehen die Erlebnisse beim Geschlechtsverkehr nur zu knapp 12 % ein, weil sich von den 17 beschriebenen sexuellen Situationen nur zwei auf den Geschlechtsverkehr beziehen. Damit wird der Tendenz der heutigen Sexualwissenschaft und Sexualtherapie Rechnung getragen, auf die ausschließliche Betonung des Geschlechtsverkehrs und des Orgasmus zu verzichten (Arentewicz und Schmidt, 1980; Haeberle, 1983). Der Gesamtwert des SII diskriminiert nach Zimmer (1984) befriedigend zwischen Patienten-Paaren und sogenannten glücklichen Paaren und wurde als einziger Wert des SII zur statistischen Beurteilung in dieser Untersuchung verwandt.

Fragebogen zum sexuellen Verhalten (FSV)

Die Zusammenstellung von 8 Items ist eine gekürzte Fassung des FSV aus dem Hamburger Paartherapie-Projekt (Arentewicz u. a., 1975). Es wird nach Häufigkeiten von Vorspiel, Geschlechtsverkehr, Orgasmus und Selbstbefriedigung gefragt. Die Häufigkeit sexuellen Verhaltens ist ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung des Therapie-Erfolges, weil bei sexuellen oder Partner-Problemen der sexuelle Kontakt meist vermieden wird.

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Mit den drei Skalen "Streitverhalten", "Zärtlichkeit" und "Gemeinsamkeit/Kommunikation" erfaßt der PFB wesentliche Bereiche des partnerschaftlichen Zusammenlebens. Hier diente er der Beurteilung der Beziehung, da davon ausgegangen werden kann, daß eine gute Beziehung Veränderungen im sexuellen Verhalten erleichtert, während bei einer schlechten Beziehung Sexualtherapie unter Umständen gar nicht möglich ist. Umgekehrt kann eine befriedigende Sexualität infolge einer Therapie auch wesentlich die Beziehung der Partner günstig beeinflussen.

Das Emotionalitätsinventar (EMI-B)

Das Emotionalitätsinventar wurde zur Therapiekontrolle entwickelt und zwar "für die spezifischen Zwecke der Kontrolle emotionaler Reaktionsparameter in der Verhaltenstherapie" (Ullrich und Ullrich, 1977, 3). Die 70 Items zu Befinden, Stimmung und vorherrschenden Gefühlen werden nach sieben Bereichen ausgewertet:

- ängstliches versus angstfreies Befinden
- depressive versus frohe Stimmung
- erschöpftes versus dynamisches Befinden

- aggressive versus nachgiebige Stimmung
- gehemmtes versus spontanes Befinden
- Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl
- gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden.

IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen

Mit dem IPC-Fragebogen werden die "Kontrollüberzeugungen" erfaßt, also generalisierte Erwartungshaltungen, denen eine steuernde Funktion für spezifische Verhaltensweisen zukommen soll. Im IPC-Fragebogen werden über 24 Items drei Dimensionen von Kontrollüberzeugungen unterschieden:

"(1) Internalität, d. h., die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt;
(2) Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigeren) Personen ...;
(3) Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, daß die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, daß das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen ..." (Krampen, 1981, 8)

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Das FPI ist ein mehrdimensionaler Persönlichkeitsfragebogen, dessen Items sich auf Einstellungen, Verhalten, Befinden und körperliche Beschwerden beziehen. Die Auswertung erfolgt in neun voneinander weitgehend unabhängigen Skalen, die heuristisch bezeichnet werden mit Nervosität, Spontane Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Geselligkeit,

Gelassenheit, Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben, Gehemmtheit und Offenheit. Mit item-analytischer Methodik wurden zusätzlich die drei Skalen "Extraversion - Introversion", "Emotionale Labilität - Stabilität" und "Maskulinität - Feminität" konstruiert. Trotz der Kritik an Persönlichkeitstests, die keinen Aufschluß über den sozialen oder situativen Bezug bzw. den funktionalen Zusammenhang der Antworten geben, kann ein solches Verfahren, das formale Orientierungswerte liefert, nützlich sein, besonders dann, wenn man damit gut vertraut ist und viele Erfahrungen gesammelt hat. Die Diagnostik ist nicht nur die Voraussetzung für die Therapie, sondern sie muß bei der Einbeziehung von Kostenträgern auch der (formalen) Kommunikation mit Krankenkassen und Ärzten gerecht werden.

Es wurden die Halbformen des FPI mit 114 Items durchgeführt.

Fragebogen zur soziosexuellen Selbstunsicherheit (FUSS)

Der FUSS dient der Messung der Selbstunsicherheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht. Er umfaßt in der angewandten Kurzform 22 Items zu den Studien "Fertigkeiten und Ängste im Sozialbereich" und "Fertigkeiten und Ängste im Sexualbereich". Es war erwartet worden, daß sich die Therapievarianten in diesen Bereichen unterschiedlich auswirken würden, daß das Mentale Training Ängste gegenüber dem anderen Geschlecht besser abbauen würde.

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Dieses Instrument der Veränderungsmessung hat einen Vorteil in der nur einmaligen Testvorgabe. 42 Veränderungsfeststellungen sollen gegenüber dem Zeitpunkt vor der Therapie beurteilt werden, wodurch ein bipolarer Veränderungsfaktor erfaßt wird, "der als 'Veränderung des Erlebens und Vernal-

tens' mit den Polen 'Entspannung, Gelassenheit, Optimismus' und 'Spannung, Unsicherheit, Pessimismus' bezeichnet wird" (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978, 19). Dieses Meßmittel diente hier vor allem der Erfassung von Effekten der Entspannungsübungen, wie sie beim Mentalen Training und in der Kontrollgruppe durchgeführt wurden.

Fragebogen für die Abschlußbefragung (ABF)

Der ABF stellt folgende 12 Fragen, deren Beantwortung eine erste Beurteilung des in den Gruppen unterschiedlichen Therapie-Geschehens ermöglichen sollte:

FRAGEBOGEN FÜR DIE ABSCHLUSSBEFRAGUNG

1. Die Therapie neben dem Beruf im Alltag zu verkraften war
   a) schwierig
   b) nicht schwierig

2. Unsere sexuellen Schwierigkeiten sind jetzt
   a) viel schlimmer als vor der Therapie
   b) etwas schlimmer
   c) unverändert
   d) etwas besser
   e) sehr viel besser
   f) völlig behoben

3. Sexuelle Beziehungen genieße ich jetzt
   a) viel mehr als vor der Therapie
   b) mehr
   c) unverändert
   d) weniger
   e) viel weniger

4. Mein sexuelles Verlangen ist jetzt
   a) viel stärker als vor der Therapie
   b) stärker
   c) unverändert
   d) weniger stark
   e) viel weniger stark

5. Die Erektion beim Geschlechtsverkehr ist jetzt
   a) völlig in Ordnung
   b) besser als vor der Therapie
   c) unverändert
   d) schlechter

6. Orgasmus beim Geschlechtsverkehr habe ich jetzt

a) immer oder fast immer
b) häufiger als vor der Therapie
c) unverändert
d) seltener

7. Orgasmus beim Geschlechtsverkehr hat mein Partner/ meine Partnerin jetzt

a) immer oder fast immer
b) häufiger als vor der Therapie
c) unverändert
d) seltener
e) weiß nicht

8. Meine sexuelle Befriedigung nach dem Geschlechtsverkehr ist jetzt

a) viel größer als vor vor Therapie
b) größer
c) unverändert
d) geringer
e) viel geringer

9. Meine Angst, daß es sexuell mal nicht klappt, ist jetzt

a) nicht mehr vorhanden
b) geringer als vor der Therapie
c) unverändert
d) größer

10. Wenn es sexuell einmal nicht so klappt, dann enttäuscht mich das jetzt

a) weniger als vor der Therapie
b) unverändert
c) stärker

11. Das Reden über unsere sexuellen Wünsche und Probleme fällt uns jetzt

a) viel schwerer als vor der Therapie
b) schwerer
c) unverändert
d) leichter
e) viel leichter

12. Geschlechtsverkehr machen wir jetzt

a) viel häufiger als vor der Therapie
b) häufiger
c) unverändert
d) seltener
e) viel seltener

Der ABF orientiert sich an der Nachbefragung, wie sie im Hamburger Paar-Therapie-Projekt durchgeführt worden war und sollte mithelfen, die Effekte der Paartherapie in der vorliegenden Untersuchung und in Hamburg zu vergleichen.

Tagebuch

Das "Tagebuch" wurde von der Arbeitsgruppe um D. Zimmer entworfen und ermöglicht eine rasche tägliche Einstufung (Ankreuzen auf einer Skala) von partnerschaftlichem Verständnis, Selbstvertrauen, sexuellem Interesse, sexueller Erregung, sexueller Aktivität, Zufriedenheit, Orgasmus und Therapie-Motivation. Es sollte von den Teilnehmern der Experimentalgruppen 14 Tage vor der Therapie, während der Therapie und 14 Tage nach der Therapie ausgefüllt werden, um den Therapieverlauf beurteilen zu können.

Der Kontrollgruppe wurde dieses Meßinstrument nicht zugemutet, da sonst die Glaubwürdigkeit des Therapeuten gelitten hätte, da sich die Teilnehmer der Kontrollgruppe eben nur als Ratsuchende verstanden und nicht als Teilnehmer einer wissenschaftlichen Therapiestudie.

Übersicht zur Meßmitteldurchführung

Da bei der Einzeltherapie die Partner nicht einbezogen wurden, konnte keine große Bereitschaft zur Beantwortung von Fragebogen erwartet werden. Auf gewisse Partnerdaten wurde jedoch aus diagnostischen Gründen und zur Absicherung der Erfolgsbeurteilung Wert gelegt. Da die Fragebogen der unbeteiligten Partner zum Zeitpunkt der Katamnese trotz Erinnerung so gut wie nicht zu erhalten waren, wurde schließlich auf die Partner-Fragebogen, ausgenommen den SII, verzichtet; der Partner-SII mußte für die Berechnung des SII-Gesamtwertes erhoben werden.

Folgende Übersicht zeigt die Verteilung der Meßmittel auf die Partner und die Zeitpunkte.

Tabelle 7:
Übersicht über die Meßmittelanwendung

	t1		t2		t2'		t3	
	Patient/Partner		Pt/Partner		Pt/Partner		Pt/Partner	
FLG	x							
DS	x							
SII	x	x	x	x	x	x	x	x
FSV	x	x	x	x	x	x	x	
PFB	x	x	x	x	x	x	x	
EMI-B	x		x					
IPC	x		x					
FPI	x		x				x*	
FUSS	x		x					
VEV			x					
ABF			x*	x*	x	x	x	
Tagebuch	x*		x*					

* wurde nicht bei KG erhoben

t1 = Therapiebeginn, t2 = Therapieende, t2' = Therapieende der zweiten Untersuchungsphase, t3 = Nachuntersuchung

Versteht man sexuelle Funktionsstörungen als psychosomatischen Prozeß, wie es oben dargestellt wurde, dann wären eigentlich physiologische Meßmittel zu erwarten. Entsprechend der psychophysiologischen Forschung müßte sexuelles Verhalten in kognitive, physiologische und Verhaltens-Vorgänge (Lang, 1971) eingeteilt und aus intra- und interpersonaler Perspektive betrachtet werden. Zwischen diesen Komponenten kann nicht unbedingt eine Übereinstimmung erwartet werden. "Thus, neither measures of the body nor of the mind constitute the ultimate reference point or the only dependent variable; the relationship between them is the area of study" (Heiman und Hatch, 1981, 236).

Aufgrund einer entsprechenden Anregung von Herrn Prof. Dr. Birbaumer habe ich diesbezüglich mit Herrn Dr. G. Kockokt, München, der bereits entsprechende Untersuchungen auf sexualwissenschaftlichem Gebiet durchgeführt hat, und der Firma Science Trading, Frankfurt, die die Firma Farrall Instruments, USA, vertritt, korrespondiert. Die Warnung vor einem hohen Aufwand mit zweifelhaftem Ergebnis und der hohe Anschaffungspreis der Untersuchungsgeräte (insgesamt fast 15.000,-- DM zum Zeitpunkt der Planungsphase) ließen mich von diesem Vorhaben Abstand nehmen.

Obwohl die Ergebnisse nun zum Teil nicht belegt sind, weil keine physiologischen Daten vorliegen, bereue ich diese Entscheidung nicht. Die angebotenen Therapien waren in der Praxis erprobt, aber psychophysiologische Messungen hätten eine andere Gestaltung der Therapiesitzungen erfordert und für mich eine ganz neue Erfahrung bedeutet, was wahrscheinlich Unsicherheit zur Folge gehabt hätte; und wahrscheinlich hätten sich auch nicht alle Klienten zur Teilnahme an der Untersuchung entschließen können oder wären mehr Abbrüche zu erwarten gewesen. Es wäre eine andere Therapie und eine andere Untersuchung geworden, wie sie meines Erachtens besser am Institut der Universität durchgeführt werden kann.

2.3.3 Beschreibung der Interventionen

Die Therapie-Dauer wurde von Anfang an auf zehn Sitzungen festgelegt, mit der Möglichkeit der Verlängerung auf 15 Sitzungen. Die Sitzungen dauerten zwischen 45 und 60 Minuten. Mit den diagnostischen Gesprächen und einem Abschlußgespräch nach der Tagebuchprotokollierung bei Therapieende waren also maximal 20 einstündige Sitzungen vorgesehen. Die Anzahl der "Sitzungen der Kontrollgruppe" blieb fest auf zehn begrenzt.

2.3.3.1 Paartherapie

Grundlage der Paartherapie ist das schrittweise Vorgehen zum Aufbau positiven Erlebens bei sexuellen Aktivitäten, wie es Masters und Johnson 1970 veröffentlicht haben. Das Paar muß zunächst bereit sein, Einschränkungen und Übungen, die parallel zur Therapie durchzuführen sind, zuzustimmen. Die Übungsanweisungen beschreiben Streichelübungen ("sensate focus"), die anfangs die erogenen Zonen unberücksichtigt lassen und auf sexuelle Stimulation, besonders mit dem Ziel des Orgasmus, verzichten. Dabei können verschiedenartige Probleme deutlich werden und Ursache und Auslöser der Schwierigkeiten ebenso aufzeigen wie Veränderungsmöglichkeiten: z. B. Ängste, besonders die die sexuelle Reaktion hemmende Leistungsangst; Ärger, der zwischenmenschliche Nähe verhindert; Einstellungen zur Sexualität und Körper, die eine emotionale Befriedigung unterbinden; Schuldgefühle; Selbstunsicherheit; Kommunikationsschwierigkeiten usw. Die Partner gelangen über das gemeinsame Handeln, über Schwierigkeiten bei der Ausführung von Übungen, über Anleitung zur Problemlösung zum Verstehen ihrer Probleme, und dieses Verständnis und das gemeinsame Lernen können neben der sexuellen Befriedigung die Partnerschaft vertiefen.

Allein durch das schrittweise Befolgen von Verhaltensregeln werden verschiedenartige Faktoren wirksam, die zur Besserung des sexuellen Befindens beitragen: Reduktion von Leistungsangst, Gewinn von Sicherheit und Vertrauen, Aufklärung, direkte sexuelle Kommunikation und die "Erlaubnis" durch den Therapeuten.

Die Schritte des Standardprogrammes sind im Therapiemanual von Hauch, Arentewicz und Gaschae (1980) ausführlich beschrieben:

1. Besprechung der Explorationsergebnisse mit dem Paar

Ungünstige Erfahrungen aus der Lerngeschichte jedes der beiden Partner werden aufgezeigt, die die Entstehung sexueller Probleme verständlich und nachvollziehbar machen. Weiter wird aufgezeigt, wie der Versuch zur Problembewältigung in der Partnerschaft einen Selbstverstärkungsmechanismus in Gang setzt, der sexuelle Erregung kaum aufkommen läßt. Die gemeinsame Bemühung des Paares um die Verbesserung ihrer Sexualität wird positiv gedeutet, und die Partner werden mit einem Hinweis auf die Häufigkeit sexueller Probleme in unserem Kulturkreis entlastet. "Anschließend erläutern die Therapeuten das Konzept und die Ziele der Therapie. Die Partner haben ihre sexuellen Schwierigkeiten sozusagen gelernt, d. h. aber, daß sie sie auch wieder verlernen können. Deshalb sollen sie im Rahmen der Therapie neue sexuelle Erfahrungen machen, den sexuellen Lernvorgang sozusagen wiederholen, aber diesmal unter günstigeren Bedingungen. Die Patienten sollen zunächst Erfahrungen mit Zärtlichkeit, Körperberührung, Streicheln und Nähe machen und lernen, in diesem wichtigen sexuellen Bereich sicher, entspannt und spielerisch miteinander umzugehen. Das wird dadurch ermöglicht, daß die Patienten nach Vorschlag der Therapeuten zu Hause miteinander bestimmte Streichelerfahrungen machen. Sexuelle Erregung und Koitus werden zunächst ausgeklammert, und erst später, wenn die Patienten sicherer geworden sind, wieder einbezogen. Der ganze Lernprozeß ist in kleine Schritte aufgeteilt. Das dient einmal dazu, auftretende Schwierigkeiten genau lokalisieren und bearbeiten zu können, und zum anderen wird die Gefahr von Mißerfolgen und Enttäuschung auf diese Weise reduziert bzw. werden positive Erfahrungen möglich.

Es gibt kein für alle Paare gültiges Schema der Sexualität - weder bezüglich der Häufigkeit sexueller Kontakte noch bezüglich der Dauer oder der Praktiken. Deshalb ist es wichtig,

daß sich beide Partner im Verlauf der Therapie und bei den Erfahrungen miteinander über ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse klarer werden und lernen, sich darüber zu verständigen. Nur so können sie zu einer für sie befriedigenden sexuellen Beziehung kommen" (Hauch, Arentewicz, Gaschae, 1980, 211).

2. Streicheln I
Zielorientierung und Orgasmusfixierung sollen gelöst werden durch positive Erfahrungen mit Körperkontakt und Zärtlichkeit. Die Konzentration auf sich selbst soll die eigenen Bedürfnisse klären und die Verantwortung für die eigene Befriedigung übernehmen helfen.

3. Streicheln II
Berührung und Streicheln von Brüsten und Genitalien, ebenfalls ohne orgasmusorientierte sexuelle Stimulation, soll die Berührungsängste in diesem Bereich allmählich abbauen.

4. Erkundendes Streicheln
Die Genitalbereiche sollen besser kennengelernt und akzeptiert werden. Vorlieben und Abneigungen bezüglich der verschiedenartigen Stimulationsmöglichkeiten im Bereich der Genitalien sollen erfahren werden. "Auf diese Weise sollen Informationsdefizite, Scham- und Angstbarrieren, Ausdrucksschwierigkeiten und Tabus langsam abgebaut und das entspannte Streicheln auf den Genitalbereich ausgedehnt werden" (a.a.O., 234).

5. Stimulierendes Streicheln
Förderung des angstfreien, spielerischen Umgangs mit sexuellen Empfindungen und sexueller Erregung, wobei auch das Ausbleiben sexueller Erregung zu akzeptieren gelernt werden muß.

6. Einführen des Penis
Das Einführen des Penis soll nicht mehr den Beginn der "eigentlichen" Sexualität darstellen, sondern "innere Nähe zum Partner herstellen", der sich beide Partner ohne "Vollzugszwang" hingeben und sie genießen (a.a.O., 252).

7. Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen
"Die Partner sollen Erfahrungen mit verschiedenen Arten von Beckenbewegungen beim Koitus machen. Sie sollen sich über ihre Vorlieben und Abneigungen dabei klar werden und allmählich Sicherheit gewinnen, sowohl gefühlsmäßig als auch im Hinblick auf die Technik. Sie sollen lernen, die Beckenbewegungen als eine Fortsetzung bzw. eine spezielle Form des Streichelns zu erleben und entsprechend entspannt und ohne Leistungsdruck damit umzugehen" (a.a.O., 256).

8. Koitus mit verschiedenen Stellungen
Vermeidungsverhalten soll weiter abgebaut und Vorlieben und Abneigungen im Hinblick auf die Variationen des Geschlechtsverkehrs sollen geklärt und der Spielraum für genußvolle Sexualität erweitert werden.

9. Abschlußgespräch
Offene Fragen und Ängste bzw. mögliche Probleme hinsichtlich der Zeit nach dem Therapieabschluß werden besprochen.

Bei der Paartherapie habe ich mich entsprechend meiner Ausbildung auf das verhaltenstherapeutische Vorgehen beschränkt und die Erweiterung um psychodynamische Konzepte (Arentewicz und Schmidt, 1980) und tiefenpsychologische Konfliktarbeit (Kaplan, 1981) nicht aufgegriffen. Selbsterkundung des eigenen Körpers habe ich in Anlehnung an Fliegel (1982) übernommen, weil diese Übung die emotionale Öffnung für eine nicht orgasmusfixierte Sexualität unterstützt und Vermeidungsverhalten aufgrund von Körperentfremdung vermindert. Förderlich für die Rückmeldung der Vorlieben und Abneigungen der

Partner waren Kommunikationsübungen. Im allgemeinen wurden die Kapitel 3 und 4, "Die direkte Form der Mitteilung" und "Positives Eingehen und Rückmeldung" aus dem verhaltenstherapeutischen Programm für Paare von Schindler, Hahlweg und Revenstorf (1980) durchgeführt.

Eine weitere Darstellung des inhaltlichen Vorgehens soll an dieser Stelle unterbleiben, da es zum Konzept der Paartherapie bereits viele Beschreibungen gibt, wovon ich wegen der großen inhaltlichen Nähe das Buch von Bancroft (1985) hervorheben möchte.

Anders als Masters und Johnson, aber entsprechend dem Vorgehen in der hier beschriebenen Untersuchung, beschränkt sich Bancroft bei der Paartherapie auf einen Therapeuten, verteilte Sitzungen und eine durchschnittliche Therapie von 12 Sitzungen ("selten länger als 15 Sitzungen", Bancroft, 1985, 255).

Zur Unterstützung der Arbeit in der Paartherapie wurden, abhängig von der individuellen Erfordernis, einige Materialien, wie z. B. Fotos der männlichen und weiblichen Genitalien, eingesetzt, wie sie unter "Falldemonstrationen zum Mentalen Training" aufgelistet sind.

2.3.3.2 Entspannungsmaßnahme der Kontrollgruppe

Entspannungsübungen haben als prophylaktische und therapeutische Maßnahmen eine große Verbreitung gefunden. Meist sollen physiologische Reaktionen durch Entspannungsmaßnahmen so beeinflußt werden, daß sie mit Angst- oder Ärgerreaktionen inkompatibel sind, wodurch eine Kontrolle dieser problematischen Verhaltensweisen möglich wird.

Trainingsziel ist ein Entspannungszustand, der durch physiologische und psychische Veränderungen gekennzeichnet werden

kann. Entspannungsinduktion und Entspannungsreaktion sind nicht unabhängig voneinander, vielmehr hängt es vorwiegend von der Induktionsmethode ab, ob die Veränderungen vorwiegend physiologisch oder geistiger und emotionaler Art sind.

Die wichtigsten physiologischen Veränderungen sind: Tonusverlust der Skelettmuskulatur, periphere Gefäßerweiterung, Verlangsamung und Gleichmäßigkeit der Atmung, Senkung der Herzfrequenz, Veränderung der Hirnstromaktivität. Die psychischen Veränderungen werden beschrieben mit den Gefühlen Gelöstheit, Ruhe, Gelassenheit und Erholung nach den Übungen; Geräusche werden weniger wahrgenommen, die Zeit wird falsch eingeschätzt und die Körpergrenzen verfließen.

Die empirischen Befunde legen nahe, die Entspannungsreaktion als ein psychophysiologisches Reaktionsmuster zu sehen, bei dem es durch Entspannungsinduktionen zur Dämpfung der ergotropen Reaktionsbereitschaft kommt, also die Bereitschaft, "auf dem Sprung" zu sein, wird reduziert, ohne daß der Mensch völlig in Passivität versetzt wird. "Die Entspannungsreaktion ist ein Zwischenzustand zwischen ergotroper Alarmbereitschaft und trophotropem Schlaf" (Revenstorf, 1983, 90).

Die wissenschaftliche Interpretation der Wirkungsweise und die Zielsetzung von Entspannungsübungen änderten sich mit den Zeitabläufen. Die Bedeutung der Entspannungsverfahren liegt heute weniger in ihrer Anwendung als eigenständiges Therapieverfahren, z. B. bei Schlafstörungen, Kopfschmerzen usw., sondern in einer Streßprophylaxe, als Hilfsmittel zur Selbstkontrolle in erregungsintensiven Situationen und in der Verwendung als Baustein für verschiedene therapeutische Vorgehensweisen, z. B. Systematische Desensibilisierung, Mentales Training usw.

Zur Beurteilung von Entspannung als eigenständiger Therapiemethode oder als Teil komplexerer psychologischer Therapien liegen eine Vielzahl von Untersuchungen vor (Luthe, 1969; Florin, 1978). Ohne Zweifel sind verschiedene physiologische Reaktionen beeinflußbar und sind die Veränderungen mit objektiven Erfolgsmaßnahmen nachweisbar.

Haag und Birbaumer (1984) kommen bezüglich der Indikation von Entspannungsverfahren und Hypnose bei psychosomatischen Störungen zu dem Schluß, "daß die Vielzahl der vorliegenden Erfahrungsberichte für eine grundsätzliche Wirksamkeit der Verfahren sprechen mag. Es lassen sich jedoch kaum Aussagen über spezifische oder gar differentielle Wirkungen treffen" (257).

Wird Entspannung als komplexes Verhaltensmuster verstanden, kann es, dem Konzept von Lang (1971) folgend, in drei unterschiedlichen Ebenen, verbal kognitiv, motorisch, physiologisch, beschrieben werden (zwischen denen es allerdings kaum Korrelationen zu geben braucht, Birbaumer, 1975):

- Die motorische Verhaltensklasse ist in der Regel von untergeordneter Bedeutung, da die Entspannungsübungen dadurch eingeleitet werden, daß der Patient ruhig sitzt oder liegt. Manchmal können jedoch Bewegungsübungen, die Spannungen abreagieren helfen, sehr nützlich oder sogar Voraussetzung für einen tieferen Entspannungszustand sein.
- Die Bedeutung der physiologischen Indikatoren für Entspannung sind umstritten, dennoch werden manche physiologischen Veränderungen, besonders eine veränderte Atmung, im Laufe eines guten Entspannungsvorganges beobachtbar sein.
- In der verbal-kognitiven Verhaltensklasse wird Entspannung durch eine Patienten-Aussage, wie z. B. "Ich bin entspannt" gekennzeichnet. Wird diese Verhaltensklasse weiter gefaßt und das subjektive Gefühl der Ruhe hinzugenommen, dann wird dadurch "das subjektive Moment beim Entspannungszustand stärker betont und Entspannung als ein emotionaler Zustand angesehen" (Lutz, 1980, 530).

Sexuelle Funktionsstörungen können zu den psychosomatischen Krankheiten gezählt werden, doch sind hier, anders als dort, Entspannungsverfahren weit weniger selbstverständlich. Aber gerade im sexuellen Bereich sind die Klienten oft ablehnend gegenüber direkten Maßnahmen oder, selbst wenn sie sie rational bejahen, kommt es oft nicht zur Ausführung, weil man dann nicht in der Stimmung dafür ist. Wenn ein Klient mit einer ablehnenden Haltung innerhalb der Therapie in Entspannung versetzt wird, läßt er sich auch für sexuelle Übungen in der Vorstellung öffnen. Wahrscheinlich ist eine vorgestellte Übung nicht gleich wirksam wie eine real durchgeführte, aber es ist ein Anfang gemacht, und zwar ein guter Anfang, während im Fall der Vermeidung einer Realübung eine Haltung der Resignation oder in der Paarbehandlung eine Vorwurfshaltung gegenüber dem Partner die Folge sein kann.

Eine neue Haltung gegenüber dem Problemverhalten, wie z. B. eine nicht zielorientierte, nicht orgasmusfixierte Sexualität, läßt sich im Rahmen von Entspannungs- und Vorstellungsübungen entwickeln, während der Schritt von der rationalen Besprechung zur inneren Haltung oft zu groß ist. Die imaginierte neue Einstellung ist ein Stück Realität: der Klient erlebt sich positiv mit der neuen Einstellung und veränderten Verhaltensweisen, ohne explizit dazu aufgefordert zu werden.

Eine vielleicht schon reflektierte und teilweise abgebaute Leistungsorientiertheit wird als immer noch symptomstabilisierend erkannt, wenn sich der Klient sexuelle Aktivitäten, partnerschaftlich und allein, ohne Hetze und Druck, mit viel Spaß und Variationen und auch mit eventuell ausbleibender sexueller Reaktion vorstellen lernt.

Alle diese positiven Vorgänge können sich in einer Entspannungstherapie ergeben; sie sind unwahrscheinlich, wenn nur ein bestimmtes Entspannungsverfahren zur Erregungskontrolle

vermittelt wird, wobei es meines Erachtens unbedeutend ist, ob der Therapeut das Autogene Training, die Progressive Muskelrelaxation oder eine Meditation usw. anleitet.

In neuerer Zeit werden mehr und mehr therapeutische Modelle diskutiert, die den Organismus als ein dynamisches System mit untereinander verbundenen physischen, biochemischen und psychischen Aspekten verstehen, die im Gleichgewicht gehalten werden müssen, wenn der Mensch geistig, emotional und körperlich gesund bleiben soll. Manche Therapien versuchen, Harmonie und Integration nur durch physische Methoden zu bewirken, weil ihrer Ansicht nach alle Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle sich im Körper manifestieren, in Haltung, Bewegung, Gesten, Spannungen usw: Wer den Körper beeinflußt, verändert damit auch die Psyche (Rywerant, 1985; Stolze, 1984).

In östlichen philosophischen und religiösen Überlieferungen werden Körper und Geist wesentlich mehr als Einheit gesehen als in westlichen Traditionen, weshalb im Osten auch zahlreiche Methoden zur Beeinflussung des Bewußtseins durch Körperübungen, besonders durch Atemübungen, weitergegeben wurden. Im Westen nimmt man zunehmend die therapeutische Bedeutung dieser meditativen Methoden wahr, wenn sich auch die Wissenschaft mit der Übernahme östlicher Techniken noch schwer tut und sie deshalb in eine sich hier im Westen ausbreitende therapeutische Grauzone geraten sind. Wie sehr die wissenschaftliche Bewertung dem "Zeitgeist" unterworfen ist, zeigen auch die Beurteilungen des Autogenen Trainings und der Hypnose (Kleinsorge, 1980).

"Alle dynamischen Manifestationen des menschlichen Organismus - seine ständigen Bewegungen und die verschiedenartigen Vorgänge des Fließens und der Fluktuation - nehmen das Muskelsystem in Anspruch. Arbeit am Muskelsystem des Körpers eignet sich ideal zur Erforschung und zur Beeinflussung des physiologischen und psychischen Gleichgewichts. Genaue

Untersuchungen des physischen Organismus aus dieser Perspektive zeigen, daß die konventionelle Unterscheidung zwischen Nerven, Muskeln, Haut und Knochen oft recht künstlich ist und die physische Wirklichkeit nicht widerspiegelt. Das ganze Muskelsystem des Organismus ist mit losen Bindegeweben bedeckt, welche die Muskeln in ein funktionales Ganzes integrieren und weder physisch noch begrifflich von den Muskelgeweben, den Nervenfasern und der Haut getrennt werden können. Segmente dieses Bindegewebes sind mit verschiedenen Organen assoziiert, und eine ganze Anzahl physiologischer Störungen läßt sich durch besondere Methoden der Bindegewebsmassage entdecken und heilen.
Da das Muskelsystem ein integriertes Ganzes ist, pflegt sich die Störung auch nur eines Teiles durch das ganze System zu verbreiten, und da alle körperlichen Funktionen durch Muskeln unterstützt werden, spiegelt sich jede Schwächung im inneren Gleichgewicht des Organismus auf besondere Weise im Muskelsystem wider" (Capra, 1984, 388).

Ob diese von den Vertretern der Körpertherapien postulierte Bedeutung des Muskelsystems realistisch ist, bleibt offen. Mehr noch als bei den "klassischen" Psychotherapien fehlt es bei den körperorientierten Verfahren an empirischer Absicherung. Weil kaum Versuche unternommen werden, die Annahmen zur Körperarbeit experimentell zu überprüfen, gibt es nur Vermutungen über ihren Nutzen. Trotz einer sehr kritischen Beurteilung der Körperarbeit am Beispiel von Bioenergetik und Gestalttherapie, plädieren Münzel und Tunner (1984) für eine Integration. "Wird von der Einheit der Erscheinungen ausgegangen, dann wäre es in der Psychotherapie inkonsequent, Somatologie ohne Psychologie und Psychologie ohne Somatologie zu betreiben. Es wäre daher auch unlogisch, körperorientierte Übungen von der Psychotherapie auszuschließen oder sie auch nur auf Entspannung durch verbale Instruktion oder Biofeedback zu begrenzen" (183), wie es kennzeichnend für die Verhaltenstherapie ist.

Wegen der leichten Kontrolle über die Muskulatur und entsprechend schnellen Lernfortschritten beginne ich Entspannungsübungen im allgemeinen mit der Progressiven Muskelrelaxation. Wenn über die aktiven Übungen, die auch ein wenig die Spannungsabreaktion ermöglichen, ein Gefühl für Entspannung entwickelt ist, können innere Maßnahmen folgen. Jede Entspannungsübung beginnt dann mit einer bestimmten Haltung, nämlich sich etwas Zeit für sich zu nehmen, was besonders wichtig ist aufgrund des naiven Verständnisses von Entspannung in unserer Kultur, wonach Fernsehen, Lesen, Alkohol, Essen und Verreisen als Entspannungsaktivitäten gelten, die zwar ablenken, aber keineswegs zwangsläufig Streß und Sorgen verringern. Mit der entsprechenden inneren und äußeren Haltung, Zeit für sich selbst und alle Muskeln gelöst, die Umgebung und die Gedanken als zugehörig, nicht als wichtig, aber auch nicht als störend bewertet, können Empfindungen der Schwere und Wärme, wie sie im Autogenen Training gelehrt werden und die Fokussierung des Atems, vergleichbar den Meditationstechniken, oder Visualisierungen, z. B. entspannende Situationen, das Entspannungsgefühl vertiefen und den Entspannungszustand verlängern. So wird ein emotionaler Zustand erreicht, der nach der Gefühlstheorie von Izard (1977) als angenehmer Zustand von geringer Intensität gekennzeichnet ist.

Auf vielfältige Weise kann der Klient angeleitet werden, entspannungsfördernde Bedingungen (S^D), wie Muskelentspannung, ruhiges Atmen, angenehme Vorstellungen, gedämpftes Licht, äußere Ruhe, suggestive Worte oder innere Selbstgespräche, der Blick ungerichtet in die Ferne schweifend usw. zu fokussieren und sich von entspannungshindernden Bedingungen (S^Δ) abzulenken. Letzteres hängt mit ersterem eng zusammen, da der menschliche Organismus nur mit einer beschränkten Informationsverarbeitungskapazität ausgestattet ist (Antrobus, 1968). Nach Lutz (1980) wird es nicht aus-

reichen, "bestimmte S^D-Bedingungen zu präsentieren; wichtig dürfte sein, ob bei dieser Präsentation gleichzeitig eine Ablenkungsfunktion eingeführt wird" (535).

Entspannungsübungen so angewandt, ermöglichen eine wirksame Therapie, die abwechslungsreich gestaltet und mit positiven Körperempfindungen verbunden ist; Widerstände werden reduziert, weil der Klient nicht auf eine bestimmte Technik festgelegt wird und der Transfer ist trotz der grösseren Komplexität dieser Übungen ohne schulischen Drill möglich, wenn die Sitzungen auf Tonkassetten aufgezeichnet werden, so daß sie der Klient zuhause abhören kann.

Alle diese Überlegungen liegen auch der Gestaltung des Mentalen Trainings zugrunde, wie es noch beschrieben wird. Um eine klare Trennung zwischen der Kontrollgruppe mit Entspannungsübungen und der Einzeltherapiegruppe mit Mentalem Training zu ermöglichen, wurden die Entspannungsübungen der Kontrollgruppe nur auf Tonkassette angeboten. Um die Patienten zu motivieren, diese "Vorbereitungstherapie" durchzuhalten, wurde eben nicht ein einziges Entspannungskonzept vermittelt, sondern das interessantere Angebot mit der Vielfalt der Entspannungsmöglichkeiten über zehn Sitzungen angeboten.

Zusammenfassend können diese verschiedenen Entspannungsmethoden entsprechend einer Übersicht von Lutz (1980) dargestellt werden (anstelle der Entspannung nach Lazarus wird hier die Meditation in die Tabelle aufgenommen):

Übersicht über verbreitete Entspannungstechniken nach Lutz (1980)

Variablen	Progressive Muskel-Relaxation	Entspannung mit Hilfe d. Emotional Conditioning	Fokussierte Ablenkungsentspannung	Hypnose	Autogenes Training	Meditation
Betonung muskulärer Entspannung bzw. somatischer Reaktionen	xx	x	x	xx	xx	x
Betonung kognitiver Prozesse	x	xx	xx	x	x	x
Wechsel von Anspannung - Entspannung	xx	o	x	o	o	o
Kontrollierbarkeit durch Patienten	xx	x	xx	zu Beginn xx o später	x	xx
Suggestivität des Therapeuten	x	x	x	xx	xx	x
Erfahrung d. Therapeuten notwendig	x	xx	x	xx	x	x
Zeitaufwand hoch	ja	nein	nein	nein	ja	ja

xx = sehr ausgeprägt; x = beteiligt; o = nicht vorhanden

Die Klienten der Kontrollgruppe wußten, daß noch kein Behandlungstermin für sie frei war. Sie wurden zwar wöchentlich einbestellt, um die Entspannungsübungen auf Tonkassetten anzuhören, erhielten aber außer einer Begrüßung und eventuell einem Fünf-Minuten-Gesprächskontakt über ihre Befindlichkeit und zu Sinn und Durchführung der Entspannungsübungen keinerlei therapeutische Hilfen.

Bis auf eine kommerzielle Kassette (Carval), die in der letzten Sitzung zur Anwendung kam, waren alle Entspannungskassetten vom Therapeuten selbst besprochen worden.

Die Entspannungsübungen wurden den Klienten damit erklärt, daß die unspezifische Spannungsreduktion über die akuten Probleme hinweghelfen und daß die dabei erlernte Entspannungsfähigkeit die nachfolgende Therapie erleichtern würde.

Als die ersten beiden Klienten, trotz Einwilligung zu dieser "Überbrückungsmaßnahme", wegblieben, mußte ein Scheitern dieses Vorhabens befürchtet werden. Es wäre zu verstehen gewesen, wenn Klienten mit ernsten Problemen sich nichts von diesen Terminen versprochen hätten. Glücklicherweise hielten andere Kontrollgruppen-Teilnehmer weiter durch; erst nach der fünften Sitzung und nach der sechsten Sitzung (vier Teilnehmer) brachen insgesamt weitere sechs Teilnehmer diese "Intervention" ab (Abbruchquote dieser Gruppe: 33,3 Prozent).

Am Ende dieser Maßnahme zeigte sich bei den verbliebenen Patienten ein paradoxer Effekt: die Motivation und die Befindlichkeit der Klienten hatte sich verbessert, wie sich deutlich aus den kurzen Gesprächskontakten und aus der Beantwortung des VEV ergab; wahrscheinlich trug die Tatsache, daß man eine Entscheidung bezüglich einer Behandlung getroffen hatte, ebenso zu einer Entlastung bei wie die Tatsache, daß das Problemthema in dieser Behandlung erst einmal ausgeklammert war. Diese erste "Therapieerfahrung" war angenehm und ließ Gutes von der weiteren Behandlung erwarten.

Da diese "Intervention" dem bei niedergelassenen Ärzten immer noch vorherrschenden Kurzkontakt-Verschreibungs-Vorgehen ähnlich war, war sie für die Klienten wohl auch glaubwürdig, was eine der wichtigsten Forderungen an Kontrollgruppen darstellt (Borkovec und Nau, 1972).

Erste Sitzung

In der ersten Sitzung wird die Ruhehaltung vermittelt, die den Beginn jeder Entspannungssitzung kennzeichnen wird, und in die Progressive Muskelrelaxation eingeführt.

Ruhehaltung

Die Formulierung der Ruhehaltung dauerte in der ersten Sitzung 7 Minuten und wurde wie folgt, an der Anleitung von Mayer (1980) orientiert, formuliert:

Setzen Sie sich entspannt in den Sessel. Suchen Sie die bequemste Haltung für Ihre Füße und Beine, für den Rücken, den Kopf. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus und legen Sie die Hände locker auf die Oberschenkel.
Sagen Sie zu sich selbst, daß Sie sich nun entspannen werden und schließen Sie die Augen.
Machen Sie sich vertraut mit den Reizen, die Sie jetzt noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen, machen Sie sich vertraut mit dem Raum, in dem Sie sitzen. Machen Sie sich bewußt, welche Geräusche Sie jetzt noch wahrnehmen. Versuchen Sie, diese Geräusche als etwas Zugehöriges zu empfinden, denken Sie, "ich höre jetzt dies oder jenes ..., doch es soll mich nicht stören". Versuchen Sie nicht eine Haltung einzunehmen, die in die Richtung geht, daß Sie sagen: "Um Gottes Willen, jetzt müßte doch eigentlich Ruhe sein, wenn ich mich entspanne und draußen knallen die Türen oder machen andere Leute Lärm."
Machen Sie sich vielmehr vertraut damit, daß im Nachbarzimmer vielleicht jemand spricht oder Autos vorbeifahren und denken Sie sich, daß Sie dies ohnehin nicht ändern können und Sie es halt einfach hören, sich aber nicht weiter daran stören.
Machen Sie sich nun vertraut mit den Gedanken, die gerade in Ihrem Kopf sind, versuchen Sie auch hier nicht, irgendwelche Gedanken unterdrücken zu wollen oder sich zu sagen, "dies oder jenes darf ich jetzt nicht denken, ich müßte mich konzentrieren", versuchen Sie vielmehr, sich bewußt zu machen, woran Sie gerade denken und dies als gegeben

hinzunehmen. Versuchen Sie, aus dem ständigen Fluß der Gedanken mehrmals nacheinander eine Art Blitzlichtaufnahme zu machen, indem Sie zu einem bestimmten Moment einfach feststellen, "ich denke jetzt an dies oder jenes, doch ich will das nicht unterdrücken". Manchem ist die Vorstellung hilfreich, daß er seine Gedanken wie am Himmel vorüberziehende Wolken wahrnimmt. Auch wenn im Verlauf der weiteren Übung Gedanken dazwischen kommen, die Sie eventuell stören, versuchen Sie sich zu sagen, daß diese Gedanken eben da sind, machen Sie sich die Gedanken bewußt, anstatt sie unterdrücken zu wollen. Sie werden merken, daß Sie auf diese Weise Ihre ablenkenden Gedanken weniger stören, als wenn Sie sie zu unterdrücken versuchen.

Machen Sie sich jetzt vertraut mit den Empfindungen, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren. Versuchen Sie sich bewußt zu machen, was Sie in den Körperteilen, von den Füßen bis zum Kopf und den Händen, spüren, versuchen Sie aber nicht, etwas Bestimmtes spüren zu wollen, sondern das sich bewußt zu machen, was Sie gerade spüren, das kann auch sein, daß Sie einen Körperteil, an den Sie gerade denken, gar nicht spüren; auch das ist eine wichtige Information. Sie stellen halt dann lediglich fest, "meine rechte Hand spüre ich im Moment nicht, wenn ich daran denke". Es kann z. B. auch sein, daß Sie in dem Moment, wo Sie spüren wollen, wie sich die rechte Hand anfühlt, Ihren Bauch oder Ihr Bein deutlicher spüren; auch dies ist eine wichtige Wahrnehmung, die Sie einfach registrieren. Versuchen Sie auf keinen Fall zu denken, "ich müßte ja jetzt eigentlich die Hand spüren und nicht das Bein". Sind Sie offen für alle Empfindungen, die da sind, und erforschen Sie Ihren Körper neugierig.

Sie erreichen um so mehr, je weniger Sie erreichen wollen. Sie sollten keine allzu großen Erwartungen an die Entspannungsübungen herantragen. Nehmen Sie eine Haltung ein, die in die Richtung geht, daß Sie sich nun einige Minuten Zeit für sich nehmen, um sich mit sich selbst zu beschäftigen und dabei zu beobachten, was sich in Ihrem Körper und in Ihrem Bewußtsein abspielt.

Progressive Muskelrelaxation

Die von E. Jacobson 1938 in USA vorgestellte Methode wurde in Europa über ihre Anwendung im Rahmen der Verhaltenstherapie verbreitet. Jacobson hatte herausgefunden, daß mit Gefühlen der Unruhe und Erregung eine Erhöhung der Muskelspannung einhergeht, und er entwickelte ein umfangreiches Programm zur Muskelentspannung, das von verschiedenen Therapeuten, wie z. B. Wolpe (1969) und Lazarus (1971) für die Anwendung innerhalb der Verhaltenstherapie vereinfacht wurde.

Die Konzentration des Klienten wird auf bestimmte Muskelgruppen gerichtet, die jeweils zuerst angespannt und danach entspannt werden. Schrittweise kann zum An- und Entspannen von größeren Muskelgruppen und zum Entspannen ohne vorherige aktive Anspannung übergegangen werden.

Zu dieser Methode sind verschiedene konkrete Anleitungen, u. a. eine Tonkassette mit Lang- und Kurzform (Echelmeyer und Zimmer, 1980), veröffentlicht worden. Die Anleitung für die Klienten der Kontrollgruppe geht auf einen Text von Florin (1975; siehe auch Fliegel et al, 1981) zurück und wurde auf 25 Minuten Dauer gekürzt und auf Tonkassette gesprochen.

Zweite Sitzung

Nach der Anleitung zur Ruhehaltung (4 Minuten) wurde eine Kurzform der Progressiven Muskelrelaxation (Muskeln in vier Gruppen zusammengefaßt, Dauer 8 Minuten) durchgeführt. Anschließend folgte eine Instruktion zum Autogenen Training über 18 Minuten.

Autogenes Training
Das Autogene Training fand seit seiner Veröffentlichung 1932 durch J. H. Schultz eine enorme Verbreitung, besonders in Europa. Der Klient wird dabei angeleitet, seine Konzentration auf innere Körpervorgänge zu richten, wie sie sich bei der Entspannung in der Regel automatisch einstellen, besonders Schwereempfindungen bei Tonusverminderung und Wärmeempfindungen bei Gefäßerweiterung.

In der klassischen Anleitung sieht die Grundstufe des Autogenen Trainings sechs Übungen vor, die nacheinander durchzuführen sind. Formelhaftes inneres Sprechen soll durch kontinuierliches Training allmählich die Qualität eines konditionierten Auslösereizes für Entspannungsreaktionen gewinnen.

Trotz der großen Verbreitung des Autogenen Trainings kann angenommen werden, daß wohl nur die wenigsten Patienten dieses intensive Training betrieben haben; die meisten Patienten halten das Training nicht mehr weiter durch, wenn der Kurs, der es vermittelt hat, beendet ist. Meines Erachtens liegt dies zum Teil an der immer noch verbreiteten klassischen Anleitung, die den meisten Klienten heutzutage keine taugliche Hilfe ist. Es wird darin zu rigid vorgegeben, was der Klient zu tun bzw. zu denken hat, wie es wahrscheinlich angebracht war für die Menschen in der autoritären Gesellschaft vor dem Zweiten Weltkrieg. Heute erwarten die meisten Menschen größere Freiheit und Selbstbestimmungsmöglichkeiten, weshalb ich eine Anleitung übernommen habe, die den Klienten viel weniger direktiv anleitet (Mayer, 1980). Da ich auf ein systematisches Training verzichten wollte, um den Klienten die Vielfalt der Entspannungsmöglichkeiten zu eröffnen, beschränkte ich das Autogene Training auf die Schwere-, Wärme- und Atemübung, die in einer Sitzung nacheinander entsprechend dem folgenden Text durchgeführt werden können (Text zum Autogenen Training siehe Anhang 3).

Das Ende der Entspannungsübungen wurde wie der Beginn immer gleichgehalten, wobei auf das abrupte Abbrechen der Übung, wie es zum Autogenen Training im allgemeinen geraten wird, verzichtet wurde. Es wurde ein schrittweises Vorgehen bevorzugt, das die Haltung "genug Zeit zu haben" unterstützt.

Während ich gleich von 5 bis 1 zurückzähle, werden Sie allmählich die Entspannungsübung beenden:

5 - Sagen Sie zu sich selbst, daß Sie die Entspannung langsam beenden.
4 - Räkeln Sie sich.
3 - Strecken Sie sich.
2 - Wenn Sie noch etwas müde sind, lassen Sie sich Zeit; Sie werden wach. Und nehmen Sie die Ruhe und Gelassenheit mit in Ihren Alltag.
1 - Und wenn Sie bereit sind, öffnen Sie Ihre Augen.

Dritte Sitzung

In der dritten Entspannungsübung werden die in den vorangegangenen Sitzungen gesammelten Erfahrungen in einem verbindenden Rahmen wieder aufgenommen, was den Klienten zu einem besseren Verständnis des Entspannungsprozesses führen kann.

Fokussierte Aufmerksamkeits-Entspannung
Der neue Teil dieser dritten Entspannungsübung entspricht der von Lutz (1980) entwickelten Fokussierten Aufmerksamkeits-Entspannung. Diese sollte folgende Forderungen an Entspannungsinstruktionen erfüllen: Entspannungsübungen sollen möglichst schnell und tief entspannen, sollen leicht erlernbar sein und vom Klienten selbst übernommen werden können, und sie sollen robust sein, also nicht auf Idealbedingungen angewiesen sein. Die Instruktion der Fokussierten Aufmerksamkeits-Entspannung ist so aufgebaut, "daß möglichst viele SD's für Entspannung vermittelt werden und der Patient von störenden Bedingungen (S^{Δ}) ferngehalten wird" (Lutz, 1980, 537). Wie bei der Hypnose wird zu Beginn der Entspannungsinstruktion nur das angesprochen, was vom Klienten tatsächlich wahrgenommen werden kann. "Das erhöht die Glaubwürdigkeit des Therapeuten und veranlaßt den Patienten dazu, auf die Hinweisreize zu achten, die Entspannung einleiten oder mit Entspannung einhergehen" (537). Zur Erleichterung des Transfers wurde die Übung so aufgebaut, "daß die Instruktion wiederholte Elemente enthält, daß ein zentraler S^{D} (angenehme Wärmeempfindung an der Handinnenfläche) für Ablenkung etabliert wird, daß dieser S^{D} unauffällig vom Patienten außerhalb der Therapiesituation evoziert werden kann" (537).

Der im Anhang 3 wiedergegebene Text beschreibt die Entspannungsübung, wie sie in der dritten Sitzung zur Anwendung kam und verdient vielleicht die Überschrift: Integrative Entspannungsübung.

Vierte Sitzung

Bereits vertraute Entspannungsanleitungen werden kürzer, die neueren Elemente aus der letzten Sitzung werden noch relativ ausführlich angesprochen und als zusätzliche Entspannungsmöglichkeit wird eine Imagination neu eingeführt.
Es ist die Vorstellung von einem Urlaubstag mit vielen Ruhe- und Wärmesuggestionen. Ein solch für fast alle Menschen vertrautes Bild nach den schon etablierten Entspannungsmaßnahmen soll dazu beitragen, die Entspannung zu verlängern, ohne daß Monotie das positive Gefühl stört.

Imagination
Imaginationen werden in vielen Therapieformen eingesetzt, z. B. zur Kognitionsevozierung (Young, 1981; Beck + Emery, 1981). Sie dienen nach Singer (1978) zu allererst dem Erreichen eines entspannten Zustands.
Andererseits steigert die Entspannung die Lebendigkeit und die autonomen Effekte von vorgestellten Szenen (Mathews, 1971). Es finden sich nur wenige Hinweise oder gar Untersuchungen zur differentiellen Entspannungswirkung von vorgestellten Szenen. Nach Lazarus (1980) ist es möglich, "dadurch noch tiefere und zufriedenstellendere Begleitumstände der Entspannungsreaktion zu erzeugen" (122). Sicherlich erfüllen ausgewählte Imaginationen die oben geforderte Darbietung möglichst vieler Hinweisreize für Entspannung und die Ablenkung von Störreizen.

Paivio (1971) weist allgemein auf größere Effektivität von bildlichen Vorstellungen gegenüber verbaler Vermittlung hin, aufgrund der räumlichen Organisation der Information im Bild gegenüber der im verbalen Speicher sequentiell organisierten Information, was im Gedächtnis mehr Raum einnimmt, längere Zeit zum Suchen erfordert und das Wiederauffinden einer relevanten Reaktion beim Erinnern erschwert.

Es gibt Hinweise darauf, daß manche Menschen mehr als andere zu Tagträumen und Phantasien neigen ud daß erstere auch, z. B. im sexuellen Kontakt, mehr Nutzen daraus ziehen können (Harinton + Singer, 1974).

Daraus wird für die Sexualtherapie die Konsequenz gezogen, die Klienten zum Phantasieren anzuleiten. Dies läßt sich schrittweise, also beginnend mit nichtsexuellen Vorstellungen, am besten angehen. Die hier vorgestellten entspannungsfördernden Phantasien bereiten also die Klienten auf spätere Übungen mit sexuellem Inhalt vor.

Zum Text der Integrativen Entspannungsübung mit Wiesenimagination siehe Anhang 3.

Fünfte und sechste Sitzung

Hier wird die Vorstellung eines Urlaubstages wieder aufgenommen, wobei zunächst Erfahrungen am Strand und dann in den Bergen angesprochen werden. Mit diesen Bildern werden die Entspannungsinstruktionen nach dem Paradigma des Emotional Conditioning wiedergegeben (Lutz, 1980), ohne daß der dort betriebene technische Aufwand, nämlich Bestrahlung mit einer Infrarotlampe während der Sonnensuggestion, übernommen wurde.

Imagery Conditioning

Ergänzt wurden diese beiden Schilderungen durch Beschreibungen, die aus den Standard-Hypnose-Bildern von Kroger und Fezler (1976) abgeleitet wurden. Ziel dieser standardisierten Vorstellungsbilder von Kroger und Fezler ist es, Entspannung hervorzurufen und einen vorher induzierten Hypnosezustand zu vertiefen, was Neukonditionierungen beschleunigen und verfestigen helfen soll. Die Motive 'Strand' und 'Berghütte' (siehe 8. Sitzung) gelten als übergeordnete, symptomunabhängige Phantasieanleitungen, die es dem Klienten erleichtern, seine Fähigkeit zur Imagination zu entwickeln.

Der Klient soll innere Bilder erleben können, die in allen fünf Sinnesqualitäten lebhaft wirken. Es wird angenommen, daß die Generalisierung auf die Realität um so größer ist, je größer das Phantasievermögen des Klienten ausgeprägt ist.

Die Farmszene ist ein Motiv für die Zeitausdehnung: die vorzustellende Zeitdauer ist ein Vormittag, wenn sich der Klient mit der Schilderung identifiziert, wird es ihm scheinen, daß mehr als die fünf Minuten vergangen sind, die nötig sind, um die Szene zu beschreiben.

Dieses Vorstellungsbild entspricht also einer Suggestion, die im Klienten das Gefühl erzeugt, die Zeit gehe sehr langsam vorbei. Diese Fähigkeit zur Zeitausdehnung soll dem Klienten helfen, wenn er sich unter Zeitdruck fühlt; das Hervorrufen einer Zeitausdehnung soll ihm die Möglichkeit geben, etwas langsamer zu werden und neuen Atem zu schöpfen.

Die Texte zu beiden Sitzungen finden sich im Anhang 3.

Siebte Sitzung

Die vertrauten Elemente werden auch in der siebten Sitzung wieder aufgegriffen: Ruhehaltung, Autogenes Training und Fokussierte Aufmerksamkeits-Entspannung. Neu hinzu kommt eine Meditationsübung am Ende der Entspannungsmaßnahmen dieser Sitzung für die Dauer von 10 Minuten.

Meditation
Die bei uns in neuerer Zeit bekannt gewordenen Meditationstechniken stammen aus östlichen Traditionen, was uns gern den Blick dafür verstellt, daß es auch im Westen Überlieferungen von Meditationsformen gibt, die wie diejenigen des Ostens an religiöse Traditionen gebunden waren.
Nun werden solche Meditationstechniken als Entspannungsübungen aus ihrem philosophisch-religiösen Hintergrund gelöst.

Die Meditation soll die unterschiedliche Betonung der Funktionen der beiden Gehirnhälften des Menschen ausgleichen helfen. Das dominante analytisch-lineare Denken der linken Gehirnhälfte soll zugunsten eines intuitiv-ganzheitlichen Bewußtseins der rechten Hälfte zeitweilig eingeengt werden.

In der Folge kommt es zu Veränderungen der autonomen Funktionen und zur Bewußtwerdung von normalerweise nicht bewußten, oft konflikthaften Inhalten. Diese Paarung von Entspannungszustand und konflikthaftem Inhalt stellt eine unsystematische Desensibilisierung dar.

Die Meditationspraktiken sind verschieden; gemeinsam ist allen Meditationsformen die Einschränkung der Wahrnehmung durch eine anhaltende Konzentration auf ein Meditationsobjekt. In der Mantra-Meditation ist es eine Buchstabenkombination, meist das Wörtchen "OM". Dieses Mantra wird ohne Reflexion der religiösen Bedeutung ständig innerlich wiederholt, und zwar gekoppelt an den Atemrhythmus.

Die große Bedeutung, die der Atemfunktion zugeschrieben wird, ist kennzeichnend für fast alle Meditationstechniken.

Zur Meditation werden empirische Untersuchungen berichtet mit erstaunlichen Effekten, z. B. Intelligenzsteigerung, Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, Bewältigung von Drogenabhängigkeit usw. (Schwäbisch und Siems, 1976). Diese Ergebnisse werden jedoch bei Überprüfungen nicht immer bestätigt. Schwarz (1974) kommt aufgrund seiner Forschungen nur zu der sehr allgemeinen Schlußfolgerung, daß "Meditation einigen Menschen Entspannung bringt und daß sie sich durch Meditation besser fühlen. Eine Technik, die erreichen kann, daß man selbstgenügsamer wird und mehr Aufmerksamkeit für sich und andere bekommt, ist ganz sicher eine gute Sache " (61). Dem kann man noch hinzufügen, daß diese Fähigkeiten auch für die Entwicklung einer gesunden Sexualität "eine gute Sache" sind.

Der Text zur Integrativen Entspannungsübung mit Meditation findet sich im Anhang 3.

Achte Sitzung

Die achte Sitzung ist so ähnlich aufgebaut wie die siebte; anstelle der Fokussierten Aufmerksamkeitsentspannung wird lediglich wieder eine Imagination eingefügt, auf die wiederum die Meditationsübung folgt.

Als Imagination wurde die oben bereits besprochene Szene "Berghütte" von Kroger und Fezler (1976) übernommen (siehe Anhang 3).

Neunte Sitzung

In der neunten Sitzung kommt eine selbstkonstruierte Vorstellungsübung (Anhang 3) zur Anwendung, in die bekannte Elemente aus der Hypnoseinduktion eingebaut sind (Kline, 1981).

Hypnose

In der Hypnose kommt es zur Umschaltung der vegetativen Regulation auf einen Entspannungszustand u. a. durch Suggestionen, die, wenn möglich, am Individium orientiert dessen Reaktionen erst begleiten und dann anleiten (pacing and leading; Erickson, Rossi und Rossi, 1978; Bandler und Grinder, 1984). Zur Einleitung der Hypnose wird im allgemeinen versucht, die Konzentration auf bestimmte Empfindungen oder Vorstellungen zu richten und so das Bewußtsein allmählich immer mehr einzuengen, wodurch das alltägliche Denken teilweise unterbunden und unbewußte Inhalte zugänglich werden sollen. Diese nicht bewußten Inhalte, Erlebnisse und Vorstellungen könnten dann zum Inhalt der Therapie werden. Oft werden symptomspezifische oder ich-stärkende Suggestionen nach der Einleitung der Hypnose angewandt.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen von Hilgard (1977) und Barber und Mitarbeiter (1972, 1973) haben zur Entmystifizierung der Hypnose beigetragen, deren Wirkung früher vor allem auf die "übermenschlichen" Kräfte des Hypnotiseurs zurückgeführt wurden, während man heute mehr davon ausgeht, daß es die Fähigkeiten des Individiums sind (die auch geübt werden können), in einen mehr oder weniger tiefen hypnotischen Zustand zu gelangen. Die wichtige Rolle der Persönlichkeit des Hypnotiseurs unterstreicht andererseits die Bedeutung, die M. Erickson auf diesem Gebiet auch unter seriösen Wissenschaftlern erlangt hat.

Zehnte Sitzung

In dieser letzten Sitzung wurde eine kommerzielle Tonkassette (Carval) eingesetzt, deren Text in Anhang 3 abgedruckt ist. Mit dieser Maßnahme sollte die Fixierung auf die Stimme des Therapeuten wieder etwas abgebaut werden. Zudem wird in dieser Vorstellungsübung dem Klienten Raum eingeräumt, Probleme selbständig anzugehen, was für die bevorstehende Konfliktbearbeitung innerhalb der Therapie als günstig angesehen worden war.

2.3.3.3 Einzeltherapie

2.3.3.3.1 Einleitung

Das einzeltherapeutische Vorgehen entspricht einem in jahrelangen Erfahrungen gewachsenen Behandlungsgeschehen, dem ich den Arbeitstitel "Mentales Training" gegeben hatte. Aufgrund der großen Akzeptanz dieses Begriffs wurde er als Bezeichnung für die Einzeltherapie im Rahmen der Sexualtherapie beibehalten. Von den relativ bekannten psychotherapeutischen Verfahren wären die Begriffe "Verhaltenstherapie" und "Hypnose" zur Bezeichnung der Einzeltherapie in Frage gekommen. Verhaltenstherapie ist jedoch auch kennzeichnend

für die Paartherapie, wie sie in der Experimentalgruppe 1 durchgeführt wurde. Und Hypnose löst bei vielen Klienten Erwartungen (und Ängste) aus, die für das Vorgehen in der Experimentalgruppe 2 völlig unangebracht waren.

Begriffe wie "Mentale Therapie" oder "Mentale Therapieübung" wären geeigneter gewesen, das Geschehen der Einzeltherapie zu kennzeichnen und vom Mentalen Training im Sinne eines Mentalen Bewegungstrainings zu unterscheiden. In der Einzeltherapie ging es kaum um Bewegungen, sondern um komplexe Situationen, Handlungen und Empfindungen und deren Bewältigung mittels verschiedenster therapeutischer - mentaler - Anregungen. Für die Klienten konnte jedoch kein geeigneter Begriff als "Mentales Training" gefunden werden. Der Begriff "Mentales Training" erscheint den Klienten verständlich; wahrscheinlich hat jeder schon davon gehört, aber es sind noch keine so klaren Vorstellungen dazu vorhanden, daß daraus Erwartungen für das therapeutische Vorgehen und die therapeutischen Wirkungen resultierten. So fällt es dem Therapeuten leicht, dieses scheinbare Verständnis zu nutzen und mit Erwartungen zu verbinden, die das therapeutische Vorgehen fördern.

Mentales Training bedeutet, daß etwas gelernt werden kann, daß es aber auch geübt werden muß; und es betont, daß innere Vorgänge, die Vorstellungen des Klienten, eine ganz wesentliche Rolle spielen.

Eine überwältigende Erfahrung mit dieser Methode war in einem Fall mit Prüfungsangst zustande gekommen, was die systematische Untersuchung des Mentalen Trainings als psychotherapeutische Methode zur Folge hatte.

Kurz gefaßt war die Klientin jahrelang ohne Erfolg in psychoanalytischer Behandlung und ihr fortgesetztes berufliches Scheitern war als "unbewußter Wiederholungszwang" gedeutet worden. Als sie selbst allmählich an der Therapie zu

zweifeln begann, wurde sie von Obergutachtern zur Bearbeitung des Therapie-Geschehens wieder zum Therapeuten zurückverwiesen, was nichts anderes als eine Fortsetzung des Elends für die Klientin bedeutete.

Über das Therapie-Ende hinaus hat mich dieser Fall noch lange innerlich beschäftigt, weil er mir deutlich gemacht hat, welche Auswirkungen eine Therapie haben kann: Durch die erfolglose Behandlung war die Klientin über sieben Jahre in ihrem Berufsabschluß als Lehrerin in Rückstand geraten; in der Zwischenzeit hatten sich die Einstellungsbedingungen für Lehrer so verschlechtert, daß sie schließlich trotz Prüfungsabschluß keine Anstellung als Lehrerin finden konnte.

Die fragwürdige Erklärung des Verhaltens durch einen "unbewußten Wiederholungszwang" taucht in der Literatur auch bei Sexualproblemen auf (Keller-Husemann, 1983).

Es steht meines Erachtens außer Frage, daß ein Mentales Training bei konkreten Angstproblemen effektiv ist, da es verschiedene, als wirksam nachgewiesene Therapieelemente in einen sinnvollen Zusammenhang bringt:

Gewöhnung durch Exposition, Desensibilisierung, Entspannung, kognitive Umstrukturierung, Suggestion und Selbstsuggestion, schrittweises Vorgehen, Selbstverstärkung, Ablenkung.

Die Kompetenzerwartung der Klienten wird verbessert und die Wahrscheinlichkeit des Aufsuchens der Situation und des Eintretens von Gewöhnung erhöht.

Bevor auf die Durchführung des Mentalen Trainings in der Sexualtherapie eingegangen wird, sollen zunächst die wissenschaftlichen Grundlagen zum Mentalen Training referiert werden, wie sie in der Arbeits- und Sportpsychologie zusammengetragen worden sind.

2.3.3.3.2 Grundlagen des Mentalen Trainings

Ulich (1967) unterscheidet folgende Methoden des Trainings sensumotorischer Fertigkeiten:

a) aktives Training als planmäßig wiederholte Eigenübung einer Bewegung;
b) observatives Training als planmäßig wiederholte gezielte Beobachtung eines von anderen geübten Bewegungsablaufes;
c) Mentales Training als planmäßig wiederholtes und bewußtes Sich-Vorstellen eines bestimmten Bewegungsablaufes.

Auf detaillierte Darstellung der vielen Befunde zum Mentalen Training soll wegen der geringen Relevanz für das Thema der vorliegenden Untersuchung verzichtet werden, und es wird auf die Zusammenstellung von Günther (1980) verwiesen.

Folgende Aussagen können aufgrund vieler Untersuchungen (Ulich, 1964, 1967, 1973; Richardson, 1967) als gesichert gelten:

a) Im sensumotorischen Bereich ist Leistungssteigerung nicht nur durch aktives Training möglich, sondern auch durch observatives und mentales Trainieren.
b) Mentales Training ist dem observativen fast immer überlegen.
c) Meist führt Mentales Training zu gleich guten Resultaten wie das aktive Training.
d) Eine Kombination aus aktivem und mentalem Training erweist sich im allgemeinen als effektivstes Vorgehen.
e) Die systematische Bewegungsvorstellung wird von objektiv meßbaren physiologischen Reaktionen begleitet.

Viele Resultate zum Mentalen Training stammen von Untersuchungen zum "ideomotorischen Training" in der UDSSR: Sekun (1968, 1969) zeigte auf, daß der trainierende Effekt von Bewegungsvorstellungen wesentlich verbessert wird, wenn schon Teile des Bewegungsablaufes beherrscht werden,

was sich in verkürzter Lernzeit und größerer Löschungsresistenz ausdrückte.

Weniger nervöse Sportler neigen dazu, Mentales Training von Bewegungen mehr anzuwenden als nervöse Sportler, und sie beginnen damit z. B. beim Turnen schon beim Übergang von einem Gerät zum anderen.

Nach Kozlov (1967) steigt der Effekt von Bewegungsvorstellungen mit der Klarheit des Ausführbildes einer Übung beim Sportler.

Zadorin, Komysov und Palyga (1970) ermittelten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer einer Übung mit Mentalem Training und der realen Ausführungszeit.

Auch in der Rehabilitation bei Sportverletzungen ließen sich mit Mentalem Training Erfolge erzielen (Gissen, 1970), die Zamarenov (1972) darauf zurückführt, daß dadurch besonders einer Disharmonie cerebraler steuernder Prozesse entgegengewirkt werden kann, die sonst zur Disharmonie und Desintegration der peripheren Motorik führt.

Die Bildung von Bewegungsvorstellungen entwickelt sich über drei Phasen (Puni, 1958):

a) Phase der vorpraktischen Ausführung nach der Demonstration oder Beschreibung einer Übung,
b) Phase der Bewegungsausführung auf Vorstellungsebene,
c) Phase des durch wiederholte Übung auf wichtige Details reduzierten Übungsbildes.

Mit Feedback-Prozessen wird versucht, die Wirkung des Mentalen Trainings zu erklären:
Puni (1969) sieht die Bewegungsvorstellung als ideales Bild einer realen Handlung, das als Programm dieser realen Handlung fungieren kann. Das Bild übernimmt im kybernetischen Regelkreis der Kontrolle und Korrektur von Handlungsausfüh-

rungen eine verbindende regulierende Funktion. Nach Volpert (1971) kommt es zu einer intrinsischen optimal feedback-kontrollierten Bewegungsrealisation auf mentaler Ebene.

Die Bewegungsvorstellung bleibt nicht auf die mentale Ebene beschränkt, sondern es zeigen sich umfangreiche physiologische Begleiterscheinungen. Der Carpenter-Effekt beschreibt, daß die Vorstellung einer Bewegung die Tendenz zu ihrer Realisierung auslöst. Dazu gehören z. B. Veränderungen des Muskeltonus, der bioelektrischen Aktivität der Muskeln, der elektrischen Aktivität peripherer und zentraler neuronaler Strukturen, Änderungen der regionalen Hirndurchblutung korrelierter Areale und vegetative Begleiterscheinungen wie Blutdruck-, Puls- und Hautwiderstandsänderungen.

Auf diesen Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und Vorstellung von Bewegungen und der unwillkürlichen Tendenz, sie in Ansätzen oder vollständig nachzuvollziehen, kann die Imitation des Verhaltens Erwachsener, z. B. Sprechen, Bewegungen, Gesten usw. durch Kinder zurückgeführt werden.

Jacobson (1932) hat Messungen von Aktionsströmen bei motorischen Vorstellungen durchgeführt und seine Erkenntnisse, die den Zusammenhang zwischen Vorstellung und physiologischen Begleitreaktionen bestätigen, für die Entwicklung von Entspannungsübungen ausgewertet.

Die inzwischen durch zahlreiche Befunde gestützte Erkenntnis von physiologischen Begleiterscheinungen zu mentalen Bildern ließ Günther (1980) das Mentale Training auf die Behandlung neurologischer Patienten übertragen.

Als ein Beispiel dieser Befunde sei hier nur das Figur-Analogien-Finden der Raven-Matrizen (Cooper und Crow, 1975) zitiert, wobei sich "sehr ausgeprägte Anstiege der Sauerstoffverfügbarkeit in frontalen, aber auch in primären und sekundären motorischen Arealen (ergaben), obgleich keine

motorische Aufgabe involviert war. Dies ist ein Hinweis darauf, wie stark durch mentale Trainingsaufgaben, sogar nicht motorischen Inhalts, Stoffwechselveränderungen in motorischen Arealen hervorgerufen werde können" (Günther, 1980, 29).

In seiner Untersuchung konnte Günther nachweisen, daß Leistungsverbesserungen durch kombinierte aktiv-mentale Trainingsverfahren in der Rehabilitation bei zentralmotorisch Behinderten möglich sind. Die folgenden Hypothesen konnten dabei empirisch bestätigt werden:

"1) Bei zentralmotorisch behinderten Patienten vermag eine Kombination aus aktivem (z. B. Krankengymnastik) und mentalem Bewegungstraining ein besseres Resultat der Rehabilitation herbeizuführen als das rein aktiv-passive Bewegungstraining.
2) Durch kombiniertes aktives und mentales Training kann (im Gegensatz zu rein aktivem Training) eine besonders hohe Anzahl von sehr großen Leistungszuwächsen erzielt werden (hohe Zahl von "Ansprechern auf Behandlung").
3) Noch sehr stark behinderte Patienten sprechen relativ schlecht auf kombiniertes aktiv-mentales Training an. Auch für diese Patientengruppe leistet jedoch kombiniertes Training immer noch weit mehr als das herkömmliche aktiv-passive Bewegungstraining.
4) Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts, unterschiedlicher Seite der Behinderung, unterschiedlicher Intelligenzstruktur und -höhe sowie konzentrativer Belastbarkeit (innerhalb des Rahmens, der durch das Kriterium Instruktionsverständnis vorgegeben ist), unterschiedlicher persönlicher Einstellungssysteme können gleichermaßen die größere Effektivität unserer kombinierten Trainingsprogramme nutzen.
5) Die erreichten Leistungszuwächse sind valide im Sinn der klinisch feststellbaren und beurteilbaren Besserung und Rehabilitation des Patienten" (a.a.O., 167).

Mentales Training kann in Sport- und Arbeitssituationen zur Leistungsverbesserung eingesetzt werden. Es hilft, unfallbedingte Pausen ohne Leistungseinbußen zu überbrücken. Und Mentales Training fördert die Rehabilitation neurologischer Patienten.

Ob Mentales Training auch in der Psychotherapie effektiv eingesetzt werden kann, sollte am Beispiel sexueller Funktionsstörungen in der hier beschriebenen Untersuchung geprüft werden. Die vermutete therapeutische Relevanz wurde nicht von den wissenschaftlichen Grundlagen zum Mentalen Training theoretisch abgeleitet, sondern sie hatte sich aufgrund praktischer Erfahrungen ergeben. Diese erfahrungsabgeleiteten Überlegungen wurden durch Aussagen zum Mentalen Training in der Angewandten Psychologie gestützt, wo Mentales Training im Sinne eines psychoregulativen Trainings zur Anwendung kommt (Hagedorn, 1982).

"Mit Entspannungsverfahren gekoppelt läßt sich das Mentale Training als äußerst konstruktive Handlungsstrategie in belastenden Situationen einsetzen. Positive Erfahrungen wurden damit in extrem gefahrenträchtigen Handlungsbereichen, z. B. beim Autorennfahren, Skispringen und Fliegen gemacht. Verwendet man Mentales Training nicht nur als Trainingsform für Bewegungsabläufe, sondern als Strategietraining für komplexe Situationen, so rückt es in die Nähe von Selbstbehauptungstechniken und Verfahren der kognitiven Selbstkontrolle. Bei einer derartigen Anwendung des Mentalen Trainings gibt es einen fließenden Übergang von der Prozeßregulation zur Zustandsregulation. Vor allem die Koppelung von Mentalem Training und Entspannungstechniken, eine höchst wirksame Methode für das psychologische Wettkampftraining, enthält sowohl Bewegungs- als auch Befindlichkeitsregulationen. Die Zustandsregulation dient der Herstellung einer optimalen Funktionslage des Organismus. Alle Zustände, die, wie das Startfieber oder die Startapathie, leistungsschädigende oder hemmende Einflüsse haben, lassen sich damit verändern.

Die Veränderungen können daher als erregungsdämpfende Stabilisationsvorgänge und als aktivierungsfördernde Modifikationsmaßnahmen bezeichnet werden" (Kemmler, 1982, 210).

2.3.3.3.3 Mentales Training bei sexuellen Funktionstörungen

2.3.3.3.3.1 Formale Gestaltung

Das therapeutische Vorgehen in der Experimentalgruppe II bestand erstens in einer lerntheoretischen Erklärung der Störung, zweitens im Einüben von daraus abgeleiteten Bewältigungsreaktionen und drittens in mentalen Übungen.

1. Im ersten Schritt wurde die Problematik für jeden Klienten individuell aufgrund seiner diagnostischen Daten im Sinne eines lerntheoretischen Modells erklärt. Der Klient sollte ein gewisses Verständnis für die Ursache, die aufrechterhaltenden Bedingungen und die einzuleitenden Gegenmaßnahmen entwickeln können. Eine solche Erklärung geht über die Instruktion zu Bewältigungsmaßnahmen hinaus. Es wurde versucht, hier dem Bedürfnis nach Verstehen der Problematik Rechnung zu tragen, das vielleicht vorrangig intellektuelle Bedeutung hat und nicht lösungsrelevant ist, dessen Befriedigung aber für die Zufriedenheit des Klienten und seine Motivation wichtig sein kann (Münzel und Tunner, 1983).

2. Die aus der Diagnostik abgeleiteten Bewältigungsmaßnahmen wurden im zweiten Schritt erklärt und beispielhaft eingeübt. Hier konnten mehrere therapeutische Maßnahmen sukzessive notwendig werden. Dabei handelte es sich in der Regel um etablierte psychotherapeutische Techniken, zu denen empirische Untersuchungen über ihre Wirksamkeit vorliegen.

Die Kombination solcher Interventionstechniken hing von der individuellen Problematik ab. Die scheinbar unterschiedlichsten Verfahren, wie z. B. Kognitive Umstrukturierung,

Paradoxe Intention, Stimuluskontrolle, Fokussieren, Zeitprojektion, Reframing suw., können im Mentalen Training zur Anwendung kommen. Es ist sicher die Stärke dieses Verfahrens, daß hier viele therapeutische Maßnahmen und Abwandlungen bekannter Interventionstechniken genutzt werden können. Die genaue Abgrenzung der einzelnen Elemente innerhalb eines mentalen Sitzungsverlaufes ist dabei schwierig; je nach theoretischem und therapeutischem Standort eines Beurteilers können unterschiedliche Methoden in einem Mentalen Training benannt werden.

3. Mit dem dritten Schritt begannen die mentalen Übungen, also die Anwendung dieser Bewältigungsmethoden in der Vorstellung.

Für den ersten Therapieschritt wurde immer nur eine Sitzung aufgewandt. Der zweite Schritt beanspruchte am Anfang des Therapieprozesses zwei bis drei Sitzungen; mit dem Therapiefortgang konnten neue Verhaltensmöglichkeiten unmittelbar vor einer Anwendung in der mentalen Übung eingeführt werden. Dem dritten Schritt standen somit mindestens 60 Prozent der Gesamtsitzungszeit zur Verfügung.

Der Ablauf des Mentalen Trainings war in folgende vier Abschnitte gegliedert, deren Länge vom Inhalt und dem bereits erzielten Lernniveau abhängig war:
a) Entspannungsinduktion
b) Exposition
c) Bewältigung
d) Erfolgsinduktion.

Die Entspannungsinduktion (a) verschaffte dem Klienten einen Augenblick der Sammlung und leitete die Wendung der Aufmerksamkeit von außen nach innen ein. Die Entspannung sollte die Lebendigkeit der Vorstellungen steigern und den Klienten gegenüber den psychischen Anteilen des Problems öffnen. Es kamen die im Kapitel "Entspannungsmaßnahme der Kontrollgruppe"

aufgezeigten Entspannungsmöglichkeiten zum Einsatz, jedoch begrenzt auf eine Zeitspanne von fünf bis zehn Minuten: Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Fokussierte Aufmerksamkeitsentspannung, Meditation, Imagination.

Die Exposition (b) in sensu war eine rasch-unmittelbare Konfrontation mit aversiven Reizbedingungen, um entsprechende Emotionen auszulösen. Lerntheoretisch ist zu erwarten, daß prolongiertes Erleben von aversiven Gefühlen nach vorübergehendem Anstieg der Aversion von spontanem Rückgang gefolgt wird, wodurch Löschung und Habituation wirksam werden können. Das Bewältigungserlebnis motiviert die Klienten und hilft Vermeidungsverhalten abzulegen.

Es wird kein vollständiger Abbau der aversiven Emotion angestrebt, sondern die Konfrontation sollte so lange andauern bis die Anzeichen von Erregung (Tränen, Stöhnen, schnelle Atmung, verkrampfte Haltung) abnehmen und der Klient entsprechend vorher vereinbarter Signale das Nachlassen der Spannung anzeigt. Dieser Vorgang dauert meist nur wenige Minuten, in Ausnahmefällen jedoch 20 bis 40 Minuten. Treten kathartische Erlebnisse auf, die sich auf frühere traumatische Erfahrungen beziehen, dann bestimmen deren Bearbeitung den Verlauf der weiteren Sitzung, wie dies bei einer Frau mit plötzlicher Erinnerung von Vergewaltigungserlebnissen in der Kindheit notwendig wurde.

Der Abschnitt "Bewältigung" (c) ähnelt den Vorgehensweisen, die kognitive Probe (Beck und Greenberg, 1979), verdeckte Übung (Bandura, 1969) und Training von Bewältigungsverhalten (Mahoney, 1977) genannt werden und nach dem gleichen Prinzip vorgehen: "Ein Verhalten, das schlecht beherrscht wird, in seinen Einzelheiten wenig ausdifferenziert ist, mit Angst besetzt ist oder bislang vermieden wurde, wird zu Übungszwecken in der Vorstellung praktiziert, um die effektive Ausführung zu erleichtern oder zu ermöglichen" (Hoffmann, 1981, 111).

Damit können, wie Hoffmann weiter ausführt, folgende Effekte erzielt werden:

"a) Konkretisierung von Handlungsabläufen:
Während der Patient bislang oft recht undifferenzierte und abstrakte Handlungspläne, Intentionen oder Vorstellungen von dem, was er tun müßte, hatte, wird zunächst in der Vorstellung der Handlungsverlauf explizit gemacht. Dadurch entstehen differenzierte innere Abbilder von Aktionen, die dem Handlungsplan den unbestimmten und damit angsterzeugenden Charakter nehmen.

b) Sequentielle und hierarchische Organisation von Handlungen:
Die sequentielle Organisation des Verhaltens bedeutet, daß der Patient ein inneres Modell erwirbt, das ihm erlaubt, bei jeder Sequenz des Verhaltens jeweils den nächsten Schritt zu antizipieren. Es findet auch eine hierarchische Organisation der Handlung statt, in dem Sinne, da übergeordnete Elemente herausgearbeitet werden, die die "unteren" bedingen und steuern.

c) Eintreten eines Desensibilisierungseffektes:
Dadurch, daß bislang gefürchtete oder vermiedene Handlungsabläufe unter entlasteten affektiven Bedingungen praktiziert (geübt) werden, tritt ein Effekt der allmählichen Gewöhnung an die Vorstellung der Verhaltenssequenz ein. Dadurch kann auch beträchtliche Spannung für den Moment der Ausführung auf Verhaltensebene sukzessiv abgebaut werden.

d) Einübung eines Bewältigungsverhaltens:
In der Vorstellung übt der Patient den Umgang mit schwierigen Situationen. Während er bislang bei der Vorstellung kritischer Situationen mit Angst und Fluchttendenzen reagierte, probt er hier eine aktive Auseinandersetzung damit, wobei er eine Anzahl von Bewältigungsmöglichkeiten aktualisiert oder erlernt.

e) Negative Kognitionen:
Negative, "automatische" Gedanken, die eventuell in der Realsituation auftreten, können durch die Übungssituation provoziert werden, so daß eine vorwegnehmende Auseinandersetzung damit, gegebenenfalls in Form des Einübens rationaler und differenzierterer Denkweisen, möglich wird.

f) Eintreten eines Entkatastrophierungseffektes:
Bei der Vorstellung der Situation und seines eigenen Umgangs damit erfährt der Patient in vielen Fällen, daß manche seiner Befürchtungen nicht unbedingt zutreffen müssen oder daß er durchaus Mittel zur Verfügung hat, mit auftretenden Schwierigkeiten fertig zu werden. Dadurch tritt eine Relativierung einer pauschal negativen Sichtweise (Katastrophendenken) der entsprechenden Situation ein.

g) Erkennen von in der Realsituation auftretenden Schwierigkeiten:
Aufgrund des Durchspielens der Situation in der Vorstellung können in der Realsituation auftretende Schwierigkeiten erkannt und behoben werden. Viele Erschwernisse des Verhaltens, die, wenn sie in der Realsituation eintreffen, den Patienten entmutigen, können auf die Art leicht behoben werden" (1981, 111 - 112).

Im hier beschriebenen Mentalen Training wird anders als in der kognitiven Probe nicht nur der Verhaltensablauf in der Situation vorzustellen versucht, sondern es werden suggestive Elemente hinzugenommen und dem Klienten somit weniger Verantwortung übertragen.

Mit einer Erfolgsinduktion (d) endet die mentale Übung, um Unsicherheiten und Ängste, die während der Übung entstanden sein können, soweit wie möglich abzubauen, weil ansonsten Sensibilisierungseffekte befürchtet werden müßten.

Der vorgestellte Erfolg soll das vorangegangene Bewältigungsverhalten verstärken. Dabei wird immer eine "realistische" Erfolgsvorstellung induziert, um positive Erwartungen zu entwickeln, was unter Umständen gemindert würde durch zu weitgehende Vorstellungen, weil sie dem Klienten noch unglaubwürdig erscheinen. Von den Erfahrungen mit Modellernen kann abgeleitet werden, daß zu gute Modelle weniger hilfreich sind als Modelle, die dem Klienten nur einen Schritt in Richtung auf die Problembewältigung voraus sind (Marlatt und Perry, 1977). Die Erfolgsinduktion wurde mit Entspannungssuggestionen verbunden und so lange fortgesetzt, bis deutliche Zeichen von Wohlbefinden (gelöste Mimik, ruhiger Atem) und das abgesprochene Entspannungssignal gegeben waren.

Die Bedeutung jedes der vier Abschnitte des Mentalen Trainings hängt von der Situation des Klienten und dem Fortschritt des Therapieprozesses ab. Anfangs haben die Entspannungsübungen in der Regel größeren Anteil als später.

Nach dem zeitlichen Umfang bewertet, dominiert die Bewältigungsvorstellung. Die Abschlußphase mit der Erfolgsinduktion darf jedoch nicht gering geschätzt werden, da sie für die Motivation des Klienten von großer Bedeutung ist. Untersuchungen z. B. zur Wirkung von indirekten und direkten Suggestionen haben gezeigt, daß Unterschiede in der Ausformulierung der Bewältigungshilfen von den Klienten nicht wahrgenommen werden, daß vielmehr sehr undifferenziert eine allgemeine Erfolgserwartung aufgebaut wird, die die Klienten für ihre Besserung verantwortlich machen (Hoppe, 1985). Genau diese Wirkungskomponente versucht diese vierte Phase des Mentalen Trainings zu realisieren.

Im Anschluß an jede mentale Übung erfolgt ein Gespräch über die Erlebnisse des Klienten. Anders als z. B. bei der kognitiven Probe wird das Verhalten des Klienten in der Vorstellung nicht analysiert und korrigiert. Hier geht es um

die Reaktivierung des Klienten; aus seinen Erlebnisberichten können Anregungen für weitere Übungen gewonnen werden; dies ist jedoch kein zielorientiertes Gespräch, vielmehr soll eine nichtdirektive und verständnisvolle Gesprächsführung den Klienten bestätigen und eventuelle Widerstände gegen das vorangegangene Problemlöseangebot offenlegen. Durch die Zurückhaltung des Therapeuten in dieser Phase kann vermieden werden, daß der Therapeut insgesamt in der Sitzung zu sehr dominiert, und es wird auch verhindert, daß sich nach der mentalen Übung eine intellektuell-kritische Diskussion über die Inhalte des Mentalen Trainings entwickelt, wobei die Gefahr bestünde, daß der Klient in eine Ablehnungs- und der Therapeut in eine Befürworterrolle gerät.

Gegen Ende der Therapie wurden die mentalen Übungen zur Förderung des Transfers verändert und dem Klienten mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung übertragen: Die Entspannungseinleitungen wurden gekürzt und nur die Expositionsvorstellung ausführlich induziert; der Klient mußte dann selbständig die Bewältigungsreaktion initiieren. Die vorgestellten Verhaltensweisen wurden vom Klienten laut verbalisiert, so daß der Therapeut diese bestätigen und durch abschließende Erfolgsinduktionen verstärken konnte.

Alle mentalen Übungen wurden auf Tonkassette aufgezeichnet. Die meisten wurden den Klienten mitgegeben, wodurch eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema, eine zusätzliche Förderung des Transfers (mentales Trainieren außerhalb der Therapie) und dadurch eine Verkürzung des Therapieprozesses erhofft wurden.

2.3.3.3.3.2 Inhalte des Mentalen Trainings

Das Mentale Training wird so weit wie möglich den besonderen Bedingungen des individuellen Klienten angepaßt, dennoch sind einige Themen zu unterscheiden, die immer wieder in den Therapien zur Sprache kamen: Einstellungen, Wissens-

defizite, Masturbation, Körperselbstbild, Angst, soziale Kompetenz, Phantasie, Partnerübung, Selbstbeobachtung.

a) Einstellungen

Irrationale Bewertungen im Sinne von Ellis (1977) beeinflussen das Erleben und sollen das Verhalten des Menschen mehr steuern, als dies die auslösenden Ereignisse vermögen. Durch Offenlegen und Erarbeiten der Irrationalität solcher nicht bewußter Einstellungen kann der Klient neue Bewertungen entwickeln und sein Verhalten verändern. Besonders Zilbergeld (1983) hat aufgezeigt, daß diese Einstellungen zur Sexualität oder sexuellen Mythen jeden von uns beeinflussen, daß wir sie lernen würden, selbst wenn wir nie ein Buch lesen oder einen Film sehen würden. Einstellungen werden durch alle Therapiemaßnahmen verändert, aber beim Mentalen Training werden die Einstellungen zur Sexualität in der Vorstellung direkt angesprochen, wie dies in direkter Diskussion die Vertreter der rational-emotiven Therapie tun (Ellis, 1975; Ellis und Grieger, 1979; Stavemann, 1982; Zilbergeld, 1983; Maultsby, 1982).

b) Wissensdefizite

Obwohl fehlendes Wissen über die Sexualität heute sicher weniger bedeutsam ist für die Erklärung sexueller Funktionsstörungen als noch 1970, dem Jahr der Veröffentlichung von "Human Sexual Inadequacy", bedürfen doch einzelne Sachverhalte einer differenzierten Aufklärung (Kaplan, 1979; Kockott, 1977; Mehl, 1984), die sehr gut in Vorstellungsübungen einbezogen werden kann. So werden die diversen sexuellen Reaktionen des Körpers oft mißverstanden, z. B. daß sich die Klitoris nach einiger Zeit der Stimulation unter die Vorhaut zurückzieht. Falsche Schlußfolgerungen bewirken unnötige Anstrengungen, die nur zu Enttäuschungen führen, z. B. neigen viele Männer zu intensiver Stimulation durch festes Reiben und Stoßen, um die Frau zu "erwecken", obwohl am Anfang sanftes Streicheln und langsame Beckenbewegungen die Erregung der Frau eher steigern.

c) Masturbation

Selbstbefriedigung wird heute zwar in gewissem Umfang toleriert, dennoch sind einengende Haltungen noch verbreitet und stehen im Gegensatz zu Anleitungen vieler Therapeuten, wonach Masturbationsübungen ein bewußtes Variieren der sexuellen Stimulation und neue sexuelle Erfahrungen ermöglichen, die erst über diesen Zwischenschritt in die Partnerschaft und den Bereich der partnerschaftlichen Sexualität einmünden können (Barbach, 1977; Lo Piccolo und Lobitz, 1972; Hartman und Fithian, 1985; Wendt, 1985; Nairne und Hemsley, 1983).

d) Körperselbstbild

Obwohl unklar ist, ob ein negatives Körperselbstbild bei Klienten mit sexuellen Funktionsstörungen Begleitsymptom, Ausdruck der sexuellen Problematik oder ursächlich für deren Entstehung ist, empfehlen viele Therapeuten körperliche Selbsterkundungsübungen, um die Annahme des eigenen Körpers zu lernen (Heiman, Lo Piccolo und Lo Piccolo, 1978; Barbach, 1977; Wendt, 1979; Arentewicz und Schmidt, 1980; Fliegel und IWF, 1983). Auch Kaplan (1979) betont die Bedeutung, vom Partner körperlich anziehend erlebt zu werden, für die sexuelle, nackte Begegnung.

e) Angst

Ängste werden häufig als Ursache sexueller Probleme angenommen und besonders die frühen Verhaltenstherapeuten leiteten ihre Behandlungsmaßnahme, die Systematische Desensibilisierung von dieser Hypothese ab (Wolpe, 1972; Wolpe und Lazarus, 1966; Wolpe und Lazarus, 1977). Besonders Erektionsprobleme werden meist mit Versagens- oder Leistungsangst erklärt, doch Kockott u. a. weisen darauf hin, daß "das Konzept der Angstreduktion für die Therapie psychisch bedingter Erektionsstörungen zu eng" ist (1977, 199). Zimmer (1984) interpretiert diese Ängste meines Erachtens richtig als soziale Angst, die zu einer selbsterfüllenden Prophezeihung führt, wobei der Mißerfolg als Bestätigung der Befürchtungen bewertet wird.

f) Soziale Kompetenz

Die Fähigkeiten, "Kontakt aufnehmen", "eigene Wünsche ausdrücken", "Forderungen ablehnen" und "Kritik annehmen" sind Aspekte der Selbstsicherheit (Zimmer, 1978), deren Mangel bei vielen psychischen Krankheitsprozessen und auch bei den funktionellen Sexualstörungen ursächliche oder aufrechterhaltende Funktion zukommt (Eysenck, 1977; Fahrner, 1983). Viele Therapeuten haben deshalb Elemente aus Selbstsicherheitstrainings in die Sexualtherapie eingebaut (Liss-Levinson, Coleman und Brown, 1975; Carlson und Johnson, 1975; Crombach, 1979; Wendt, 1979; Arentewicz u. a., 1978).
Wie Zimmer neige ich zu der Annahme, "daß soziale Kompetenz eine wichtige Basis für eine partnerschaftliche Beziehung darstellt, eine offene Kommunikation erleichtert und auf diese Weise ermöglicht, mit anfänglichen Schwierigkeiten in der Sexualität fertig zu werden" (1984, 48). Bei langjährigen Beziehungen sind immer wieder Anstöße zu Variationen notwendig, die Initiative, Mut und ein gewisses Maß an Dominanz erfordern, um sich gegen die eingeschliffenen Gewohnheiten durchzusetzen. Nach Fahrner (1983) ist ein allgemeines Training sozialer Kompetenz in der Regel weniger sinnvoll als spezifische Übungen, "die den Umgang mit dem anderen Geschlecht betreffen" (9).

g) Phantasie

Sexuelle Phantasien sind bei beiden Geschlechtern üblich und können der Steigerung der sexuellen Erregung dienen. Sexuell zufriedene Menschen berichten mehr sexuelle Phantasien als sexuell gestörte Personen; Sexualpatienten erleben häufiger Schuldgefühle bei sexuellen Phantasien (Borchardt, Fischle und Zimmer, 1982). Beltrami, Dupras und Tremblay (1977) wiesen einen direkten Zusammenhang zwischen der Phantasietätigkeit und der Fähigkeit zu sexueller Aktivität nach. Von vielen Therapeuten werden sexuelle Phantasien zur Stimulation bei sexuellen Aktivitäten empfohlen (Heiman, Lo Piccolo und Lo Piccolo, 1981; Kaplan, 1979; Lazarus, 1980; Zilbergeld, 1983; Byrne, 1977),

während Masters, Johnson und Kolodny (1982) auch auf mögliche Gefahren, wie sie Apfelbaum, Offit und Stoller sehen, verweisen. Befürchtungen hegen auch viele Klientinnen gegenüber zu weitgehenden Phantasien und damit einhergehender Persönlichkeitsveränderung und Kontrollverlust, so daß die Förderung sexueller Phantasien zum Nutzen der sexuellen Erregung einen komplexen Prozeß der Einstellungsänderung, Desensibilisierung und neuen Erfahrung erfordert. Die Lektüre anregender Geschichten oder von Beschreibungen sexueller Phantasien (Friday, 1983) kann hilfreich sein, reicht aber alleine keineswegs aus. Zur Steigerung der Imaginationsfähigkeit im Mentalen Training wurden Vorstellungsübungen von Kroger und Fezler (1976) benutzt, in denen Druck, Feuchtigkeit und Hitze visualisiert werden, also Empfindungen, die auch bei sexuellen Aktivitäten ausgelöst werden. Auf die Möglichkeit des shaping von sexuellen Phantasien verweisen auch Nims (1975) und Flowers und Booraem (1975), deren 13 Schritte mir jedoch in der Regel unnötig umfangreich erscheinen.

h) Partnerübungen

Vermeidungsverhalten wird zur Aufrechterhaltung der Sexualproblematik erstaunlich wenig diskutiert, obwohl doch unabhängig davon, ob Angst die Störung ursächlich erklärt, eine problembeladene Sexualität aversiv wirken muß; und tatsächlich geht die sexuelle Häufigkeit bei Problemen kontinuierlich zurück. Die direkten Sexualtherapien, die zu Partnerübungen als Hausaufgaben anleiten, durchbrechen damit dieses Vermeidungsverhalten, was sicher einen Teil der Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes erklärt. Beim Mentalen Training wurde das Vermeidungsverhalten in der Vorstellung direkt angesprochen, zum Zusammensein mit dem Partner aufgefordert, und die Imagination von Berührungsübungen (Downing, 1978; Klause, 1985) und Paarübungen nach Mastèrs und Johnson (1973) angeleitet.

i) Selbstbeobachtung

Schon Masters und Johnson (1970) haben darauf hingewiesen, daß Klienten mit sexuellen Funktionsstörungen zu exzessiver Selbstbeobachtung, "spectatoring", neigen, obwohl die gewünschten sexuellen Reaktionen nicht erzwungen werden können. "Lust gehört zu den Dingen, die ein Effekt bleiben müssen und nicht intendiert werden können" (Frankl, 1975, 119). Bancroft (1985) verweist auf experimentelle Studien, die gezeigt haben, daß viele Menschen sexuelle Erregung hervorrufen und steigern können, wenn sie sich auf sexuell anregende Gedanken konzentrieren, daß aber die Konzentration auf die Genitalreaktion eine hemmende Wirkung haben kann. Die Befunde zum Biofeedback der Genitalreaktion sind nicht eindeutig (Bancroft, 1980; Zimmer, 1984), es scheint, daß eine positive Rückmeldung wohl die Erregung steigern kann, daß aber die Rückmeldung einer noch als unzureichend bewerteten sexuellen Reaktion Unsicherheit auslöst und hemmend wirkt.

Besteht so einerseits eine übertriebene Selbstbeobachtung bezüglich der erwarteten Körperreaktion, so fehlt es andererseits an der differenzierten Beobachtung des augenblicklichen Geschehens, was Zimmer (1984) "Defizite der propriozeptiven Wahrnehmung" (52) nennt. Viele Therapeuten leiten entsprechend die Wahrnehmung bei Masturbation und Streichelübungen gezielt an: Fokussieren körperlicher Empfindungen (Lobitz und Lo Piccolo, 1972; Zilbergeld, 1983; Wendt, 1985).

2.3.3.3.3.3 Falldemonstrationen zum Mentalen Training

Trotz des Bemühens um Standardisierung und Orientierung an oben beschriebenem Grundkonzept des Mentalen Trainings, ergab sich ein breites Spektrum bei der inhaltlichen Ausgestaltung der mentalen Übungen, weshalb der Therapieverlauf beispielhaft an den Therapien eines weiblichen und eines männlichen Klienten verdeutlicht werden soll (Weitere Beispiele bei der Darstellung der Kombinationsbehandlung im folgenden Kapitel).

Hier kommen auch die Hilfsmittel zur Sprache, die zur Unterstützung der Therapien benützt worden waren, z. B. um Vorstellungen lebendiger zu gestalten, um Angst- und Ärgerreaktionen zu dämpfen und um positive Reize für den Transfer in die Realsituation einzuführen:

- Musik oder angenehme Geräusche, z. B. Anschlagen von Wellen am Strand, Vogelgezwitscher, Bachrauschen
- Räucherstäbchen
- Farbige Abbildungen von Penis und Vagina (Carrera, 1982; Preuß, 1981; Satorp, 1982)
- Lektüre sexueller Phantasien (Friday, 1983)
- Imaginationen nicht direkt sexuellen Inhalts, aber mit Hitze-, Feuchtigkeit- und Drucksensationen (Kroger und Fezler, 1976)
- Lektüre zur Beeinflussung der Emotionen durch das Denken (Stavemann, 1982)
- Informationen und Abbildungen zu sexuellen Variationen (Carrera, 1982)
- Anleitungen zur Verhaltensänderung (Lazarus und Fay, 1977; Teegen, Grundmann und Röhrs, 1975).

Diese therapieunterstützenden Materialien standen allen Paaren zur Verfügung. Die individuelle Problemsituation und der erwartete therapeutische Nutzen entschieden über den Einsatz innerhalb der Therapie.

Fall I

Der Klient war 44 Jahre alt und seit 16 Jahren verheiratet; er hatte keine Kinder und zählte zur oberen Mittelschicht.

Der Klient befürchtete, daß die Ehe irgendwann einmal auseinanderbrechen könnte, weil seine Frau ein großes sexuelles Bedürfnis hatte. Er selbst neigte allgemein dazu, aus Bereichen, die ihm Schwierigkeiten bereiten, "die Finger rauszuhalten". Da er beruflich auch oft in belastende

Situationen kam, wollte er wenigstens zuhause seine Ruhe haben. So kam es zwar seit zehn Jahren zu beständig weniger sexuellen Aktivitäten, aber seine Frau sprach das Thema dann doch irgendwann einmal an. Wenn es dann aber wieder nicht zufriedenstellend funktionierte - und er hatte ein hohes Anspruchsniveau - machte er sich selbst das Leben schwer, da er zum Grübeln neigte.

Die 15 Sitzungen dieser Therapie werden in drei Abschnitten erläutert:

a) Überblick über die Themen der Sitzungen
b) Wörtliche Ausführungen zum Mentalen Training (Anhang 4)
c) Die bei dieser Therapie eingesetzten schriftlichen Materialien (Anhang 5)

a) Überblick über die Themen der Sitzungen

1. Der Zusammenhang zwischen hohem Anspruch bzw. Leistungsorientierung, Angst und Vermeidung und der Unfähigkeit, sich auf Neues einzulassen, lustvoll zu genießen und der Aufrechterhaltung der Störung wird aufgezeigt.

2. Entspannung zur Angst- und Streßkontrolle wird eingeübt: Progressive Muskelrelaxation (auf Tonkassette mitgegeben).

3. Ein Streßbewältigungstraining wird durchgeführt, wobei der Klient an nicht-sexuellen Beispielen lernt, seine physiologische Erregung zu kontrollieren und angststeigernde Selbstverbalisationen durch positive Bewältigungsgedanken zu ersetzen. Ein Informations- und Übungsblatt wird dabei eingesetzt (Anhang 5).

4. Angstbewältigung auf Tonkassette: parallel zu entspannender Musik (Tepperwein: Losanow-Methode) werden Leitsätze und Bewältigungshilfen vermittelt. Das Streßbewältigungstraining wird so wiederholt, ergänzt und es wird in die mentale Übungsform eingeführt (vgl. b, Anhang 4).

5. Das Phantasiemodell der Sexualität (vgl. Zilbergeld, 1983) wird im Mentalen Training aufgezeigt und diesbezüglich eine kritische Selbstprüfung angeregt (vgl. b).

6. Im Mentalen Training (Tonkassette, vgl. b) lernt der Klient, wie er sich eine positive Haltung zum eigenen Körper, mit dem er leben muß, aneignen kann. Bilder zu verschiedenen Erscheinungsformen des Penis werden benützt (Carrera, 1982).

7. Mentales Training (Tonkassette, vgl. b) zur Leistungsorientierung und zum Fokussieren der Empfindungen im Penis (vgl. Zilbergeld, 1983).

8. Mentales Training zur Masturbation, um Vorurteile auszuräumen und freiere Sexualeinstellungen zu entwickeln (vgl. b).

9. Mentales Training (Tonkassette, vgl. b) zur Unmöglichkeit, eine Erektion zu erzwingen.

10. Mentales Training (Tonkassette, vgl. b) zur Angstbewältigung bei Erektionsschwäche.

11. Mentales Training (Tonkassette, vgl. b) zu Gelassenheit bei fehlender Erektion bei schlechten Bedingungen für sexuelle Aktivitäten (vgl. Zilbergeld, 1983).

12. Positive sexuelle Empfindungen werden mit der Vorstellung von mutigem und dominantem Verhalten gegenüber Frauen verbunden (Tonkassette, vgl. b), teilweise unterlegt mit Musik (Birkin: Je t'aime moi non plus).

13. Aufforderung zu mehr Mut und Verhaltensvariationen im Mentalen Training (Tonkassette, vgl. b), teilweise mit Musik unterlegt (Werner: So ein Mann). Anhand eines Textauszuges von Carrera (1982) werden sexuelle Stellungen besprochen.

14. Mentales Training (Tonkassette, vgl. b) zu einem Rückfall in Resignation wegen sexueller Probleme. Bewältigung in eigener Verantwortung während eines vorgestellten Waldspazierganges, untermalt von entsprechenden Geräuschen (Fantasy Sounds I, Waldspaziergang).

15. In der Vorstellung durchgeführtes direktes Training (vgl. b) zum Erektionsproblem mit Selbstdistanzierung (vgl. Zilbergeld, 1983). Die Therapie wurde beendet, weil es gelang, das Vermeidungsverhalten zu durchbrechen - die Partner hatten mindestens einmal wöchentlich sexuellen Kontakt über mehrere Wochen gehabt; die Versagensangst hatte kontinuierlich abgenommen und in den letzten drei Wochen war keine Erektionsschwäche mehr aufgetreten.

Fall II

Die Klientin war 36 Jahre alt und 12 Jahre verheiratet; sie hatte zwei Kinder mit vier und drei Jahren und zählte zur unteren Mittelschicht.

Seit fünf oder sechs Jahren hatte die Klientin keinen Orgasmus mehr erlebt; ihr zunehmendes Desinteresse an sexuellen Aktivitäten stand im Zusammenhang mit immer häufiger auftretenden Streitigkeiten, die mit Schuldzuweisungen und Rechtfertigungsversuchen die Partner mehr und mehr voneinander entfernt hatten. Die Darstellung dieser Therapie (13 Sitzungen) erfolgt wieder in drei Abschnitten.

a) Überblick über die Themen der Therapie:

1. Der Zusammenhang zwischen Selbstbewußtsein, Übernahme von Verantwortung und Verhalten und Erleben wird erarbeitet. Die Entwicklung neuer Grundeinstellungen wird als Voraussetzung für sexuelle Veränderungen angestrebt.

2. Entspannung soll zur Angst- und Streßbewältigung und zur Empfindungsvertiefung gelernt werden. Die "Integrative Entspannungsübung" wird durchgeführt und der Klientin auf Tonkassette mitgegeben (vgl. Kapitel "Entspannungsmaßnahme der Kontrollgruppe").

3. Durch die Erziehung waren sexualfeindliche Normen übermittelt worden, die auch durch die persönlche Sexualgeschichte kaum in Frage gestellt worden sind. Die sexuellen Grundeinstellungen werden als Ursache für die emotionale Reaktion und das Verhalten in sexuellen Situationen erarbeitet. In einer sexualbejahenden Einstellungsänderung wird eine Chance gesehen für die Klientin persönlich und für die Partnerschaft. Mit dem Fragebogen "Grundannahmen" (entworfen aufgrund der Zusammenstellung der irrationalen Ideen von Ellis, 1977, vgl. Anhang 7) wurde die Diskussion des Sitzungsthemas eingeleitet. Die Lektüre "Meine Gedanken machen mich krank" wurde der Klientin mitgegeben (Auszug aus Stavemann, 1982, vgl. Anhang 7).

4. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper sollte ein Bejahen des Körpers und der Genitalien ermöglichen. Großformatige, farbige Abbildungen zu den menschlichen Genitalien in unterschiedlichen Erscheinungsformen (Carrera, 1982; Preuß, 1981; Satorp, 1982) wurden der Klientin gezeigt und mitgegeben (In einigen Fällen wurden auch Selbstkontrollanleitungen für die Veränderung des Eßverhaltens mitgegeben). Auch das unter b) ausformulierte Mentale Training wurde der Klientin auf Tonkassette mitgegeben (vgl. b, Anhang 6).

5. Fokussieren wurde als Möglichkeit nicht-drängender Problemlösung und zur Förderung der sexuellen Selbsterfahrung vermittelt und mental eingeübt.

6. In einer mentalen Übung werden die bis dahin erarbeiteten Therapieelemente zusammengefaßt: bejahende Einstellung

zur Sexualität, zum menschlichen Körper und zur Übernahme von Verantwortung für den Körper und das sexuelle Geschehen (Tonkassette).

7. Die Funktion der Beckenbodenmuskulatur wird anhand von Lektüre (Gotved, 1983) dargestellt und die weibliche Sexualreaktion und die Unmöglichkeit willentlicher Beeinflussung erklärt.
   Eine Kurzanleitung zu den Kegelübungen (Heiman, Lo Piccolo und Lo Piccolo, 1978, Anhang 7) wird der Klientin mitgegeben. Im Mentalen Training zur sexuellen Selbstbestimmung (Tonkassette, vgl. b) wird ein Räucherstäbchen angezündet.

8. Streicheln wird als Quelle für sexuelle Lustempfindungen dargestellt und eine positive Haltung zur Sexualität im Mentalen Training vermittelt; die Kommunikation der Vorlieben und Abneigungen wird mit Bezug auf die Angaben im Inventar zur sexuellen Interaktion (SII) gefördert: Der Partner soll in dem Verhalten bestärkt werden, das der Klientin gut tut (Tonkassette, vgl. b).

9. Zufriedenheit in der langdauernden sexuellen Partnerschaft erfordert Mut zum Experiment. Die sexuelle Interaktion soll als Spaß und Spiel die Freizeit ausfüllen. Neues soll ausprobiert werden.
   Ausgehend von der Beantwortung einer Fragebogen-Kurzfassung zur sozialen Kompetenz (ohne Autor, ohne Jahr, vgl. Anhang 7) werden die persönlichen Einstellungen zur Selbstbehauptung reflektiert und einige Szenen im Rollenspiel geübt, wobei dem Partner Vorschläge für neues Verhalten unterbreitet werden soll. Abbildungen zu sexuellen Variationen werden mit der Klientin besprochen und ihr mitgegeben (Carrera, 1982, vgl. Materialien zu Fall I). Das Mentale Training (Tonkassette) wird von leiser Musik begleitet (Music Mantras Seite 1).

10. Phantasietraining I: Auseinandersetzung mit den Hemmungen der eigenen sexuellen Phantasie und Anleitung zu einer sexuellen Phantasie (Tonkassette, vgl. b). Beispiele weiblicher Phantasien (Friday, 1983, Anhang 7) werden der Klientin mitgegeben.

11. Phantasietraining II: Diskussion zu der Angst vor zu weitgehender Phantasietätigkeit und erneut Anleitung zu einer sexuellen Phantasie (Tonkassette, vgl. b).

12. Phantasietraining III: Anleitung zum selbständigen Gebrauch von Phantasien (vgl. b). Teilweise untermalt von Musik (Diabelli Trio: Tango) und Verwendung einer sexuellen Schilderung nach Friday, 1983.

13. Mentales Training zu einem freien Wochenende, das nach einer nicht direkt sexuellen, aber sehr detaillierten Imagination von der Klientin schrittweise nach Aufforderung durch den Therapeuten ausgestaltet wird, wobei sie versucht, ihre neuen Einstellungen zur Sexualität und die neu entwickelten Verhaltensweisen zu initiieren.

Mit dieser Sitzung endet die Therapie, weil die Klientin große Fortschritte gemacht hat und weil durch den Jahresrhythmus (kurz vor Weihnachten) der Abschluß erleichtert wird.

2.3.3.4 Kombinationsbehandlung

2.3.3.4.1 Einleitung

In der zweiten Phase dieser Untersuchung sollte eine weitere Therapievariante mit den Teilnehmern der Entspannungsmaßnahme (Kontrollgruppe) durchgeführt werden.

Leider schlich sich in diese Überlegung ein banaler organisatorischer Fehler ein: die Klienten der Kontrollgruppe waren auch deshalb in der Warte-Kontrollgruppe, weil alle Therapie-Plätze bereits belegt waren; neben den laufenden Therapien blieb jedoch nur wenig Zeit, an dieser dritten Therapie-Variante für diese Klienten zu arbeiten und die Therapien der Experimentalgruppen dauerten in der Regel länger als die der Kontrollgruppe, so daß nach den zehn Sitzungen der Kontrollgruppen-Phase das Versprechen nicht für alle eingelöst werden konnte. Eine weitere Wartezeit wäre unzumutbar gewesen, also mußte ich einen Kollegen gewinnen, der in den Räumen meiner Psychologischen Praxis diese Behandlungen übernahm.
So konnte letztlich allen Klienten eine Behandlung ohne weitere Wege und ohne zusätzliche Wartezeiten ermöglicht werden; der planerische Fehler bleibt jedoch wegen der Zumutung für die Klienten und wegen der Auswirkung auf die Fortsetzung der Untersuchung in höchstem Maß bedauerlich.
Von den vierundzwanzig Klienten der Kontrollgruppe mußten acht an meinen Kollegen überwiesen werden, weitere acht Klienten hatten die Kontrollgruppen-Entspannungstherapie abgebrochen, so daß schließlich nur noch acht Klienten für die zweite Untersuchungsphase zur Verfügung standen.

2.3.3.4.2 Meßmittel

Diese Klienten hatten bereits drei diagnostische Interviews hinter sich und die Fragebogen FLG, DS und VEV einmal und SII, FSV, PFB, EMI-B, IPC, FPI und FUSS zweimal ausgefüllt. Auf ein Tagebuchprotokoll war während der Wartezeit verzichtet worden. Wegen der im Verhältnis zur erhaltenen Intervention sehr hohen Belastung durch die Meßmittel dieser Untersuchung, und um die Gefahr weiterer Therapieabbrüche zu verringern, wurde weiterhin auf diese Tagebuchdaten verzichtet und die Meßmittel bei Therapieende wurden auf SII, FSV, PFB, FPI und ABF beschränkt.

2.3.3.4.3 Stichprobe

Die Tabelle 8 charakterisiert anhand von Durchschnittswer die Stichprobe dieser Behandlungsgruppe 3 (BG3) im Vergleich zu den Experimentalgruppen.

Tabelle 8:

Kennzeichen der Klienten-Stichprobe der drei Behandlungsgruppen (BG3, EG1, EG2)

	Durchschnitt bzw. Median		
	BG 3	EG 1	EG 2
Alter	30,9	34,1	29,2
Störungsdauer	6,3	8,2	5,9
Beziehungsdauer	7,6	9,0	7,0
Vorerfahrungen	0,5	1,1	1,4
Schicht	6,8	6,0	5,5

Die geringen Therapievorerfahrungen der Behandlungsgruppe 3 sind durch die Entspannungsmaßnahmen während der Wartezeit ausgeglichen worden. Das jüngere Alter und die höhere Schichtzugehörigkeit dieser Klienten können vielleicht als Erklärung für deren Durchhaltevermögen herangezogen werden.

2.3.3.4.4 Dauer der Intervention

Die Behandlungsdauer wurde auch hier auf zehn Sitzungen mit Verlängerungsmöglichkeit bis fünfzehn Sitzungen festgelegt. Die Sitzungen dauerten zwischen 45 und 75 Minuten. Nach dem Ende der Therapie wurde zur Abgabe der Fragebögen SII, FSV und PFB wieder ein Abschlußgespräch vereinbart, in dem auf die Rückfallproblematik in der Zeit nach der Therapie eingegangen und der FPI ausgefüllt wurde.
Die durchschnittliche Sitzungszahl lag bei 10,75 Sitzungen (EG 1:13,3, EG 2:11,3). Fünf Klienten brauchten 10 Sitzungen,

zwei 11 und eine Klientin 14 Sitzungen. Die Streuung von 10 bis 14 Sitzungen war geringer als bei den anderen Therapien (EG 1:9-16, EG 2: 7-15 Sitzungen), was neben den unterschiedlichen Vorerfahrungen (Entspannungstraining) auch mit dem Therapie-Aufbau bei dieser Behandlungsgruppe 3 zusammenhängt: die Kombinationsbehandlung erfordert zur Abwicklung der Paar- und der Einzelgespräche von vornherein eine größere Anzahl von Sitzungen, was sich aber nicht negativ auf die durchschnittliche Behandlungszeit auswirkte.

2.3.3.4.5 Inhalte der Intervention

Untersuchungen von normalen Paaren, die also keine sexuellen Funktionsstörungen aufweisen, zeigen ein hohes Ausmaß an sexueller Unzufriedenzeit; z. B. schätzen Athanasiou, Shavor und Tavris (1970) diese bei jüngeren und liberalen Paaren auf ca. 30 Prozent und Rainwater (1966) schätzt sie bei Unterschichtehepaaren sogar auf 54 Prozent. Und die Studien von Ford und Beach (1951) und Mace (1971) zeigten klare Wissens- und Fertigkeitsdefizite bezüglich sexueller Praktiken und zwischenmenschlicher Kommunikation bei einer großen Anzahl sogenannter normaler Paare. Diese Aussagen zu Verhaltensdefiziten und Unzufriedenheit im sexuellen Bereich entsprechen meinen Erfahrungen mit Sexualklienten, obwohl diese meist aufgeklärter, freier und weniger traditionell-moralverhaftet (Prognose-Kriterien für die Paartherapie nach Arentewicz et al, 1976, 39) waren als die Klienten nach den Beschreibungen von Masters und Johnson (1970).
Die gesellschaftlichen Veränderungen seit den frühen Veröffentlichungen zur Sexualtherapie haben den Menschen diese persönlichen Veränderungen ermöglicht, was jedoch die Prognose für die Paartherapie verschlechtert (nach Arentewicz et al, 1976, siehe oben und Pervin und Leiblum, 1980). Vielleicht ist es heute schwerer, Sexualtherapie erfolgreich abzuschließen, weil die leicht zu vermittelnden Grundlagen,

wie die Aufklärung über den Körper und die sexuelle Funktion, bereits geschaffen sind; wer trotzdem sexuelle Probleme hat, dem ist nicht mehr so leicht zu helfen.
Wenn man davon ausgeht, daß zwar gewisse Grundlagen geschaffen wurden, daß aber dennoch viele Menschen mit ihrer Sexualität unzufrieden sind und Sexualprobleme aufweisen, dann müssen die Behandlungsmöglichkeiten differenzierter werden. Auf der Suche nach zusätzlichen Behandlungsangeboten stieß ich auf eine Veröffentlichung von Lo Piccolo und Miller (1974): Program for Enhancing the Sexual Relationship of Normal Couples! Dieses Programm vermittelt drei (normalen) Paaren an einem Wochenende in drei etwa dreistündigen Sitzungen neue Erfahrungen zur Sexualität, die zu empirisch belegbaren Veränderungen führen.

Abbildung 3:

Zeitplan und Veränderungen im SII zum Programm von Lo Piccolo und Miller, 1974, 453 und 457

Table 1. Timetable for Sexual Enrichment Groups

Saturday 9:00 AM to 12:30 PM

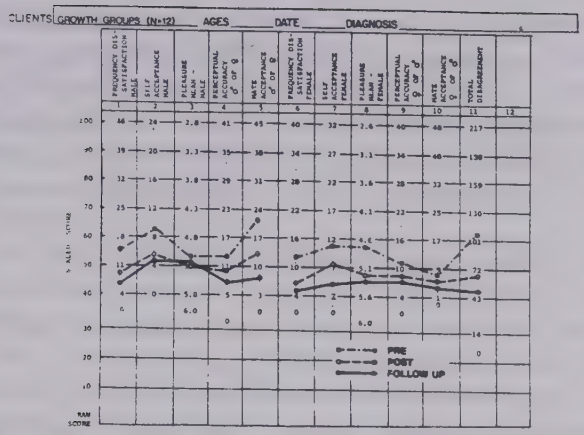
1. Ground rules an name game, 15 minutes.
2. Verbal disinhibition, 15 minutes.
3. Fears and hopes, 15 minutes.
4. Initiation and refusal, 1 hour and 30 min.
5. Masters und Johnson positions, 15 minutes.

Saturday 2:30 to 5:30 PM

1. Share turn-ons and turn-offs, 1 hour.
2. Instantaneous feedback, 30 minutes.
3. Sensate focus, 30 minutes.
4. Movie and homework assignment, 15 minutes

Sunday 11:00 AM to 2:00 PM

1. Debrief the Saturday night homework assignment, 20 minutes.
2. Berkeley Barb ad, 20 minutes.
3. Unfinished business, 1 hour.
4. Planning two weeks assignment, 30 minutes.



Die Kombinationsbehandlung der Behandlungsgruppe 3 suchte solche inhaltlichen Neuerungen mit einer Kombination von Paar- und Einzeltherapie zu verbinden. Es sollten sowohl Paar- als auch Einzelgespräche möglich sein, weil es einerseits für den Therapeuten sinnvoll ist, beide Partner und ihre Interaktion kennenzulernen, viele Paare zu einer gemeinsamen Problemlösung bereit sind und gewisse therapeutische Effekte besser in der Paartherapie zu erzielen sind und weil andererseits diese Therapieform als sehr anstrengend erlebt wird, manche Effekte besser durch Einzeltherapie zu erzielen sind und viele Klienten auch den Wunsch nach Einzelgesprächen haben. In der Kombinationsbehandlung folgt auf eine Paartherapie-Phase eine Phase mit einzeltherapeutischen Sitzungen; die Therapie wird als Paartherapie beendet. Das Mentale Training sollte in Einzel- und Paarsitzungen zur Anwendung kommen und zeigen, ob es sich auch als eingeschränkte Therapie-Maßnahme und in Verbindung mit anderen Therapie-Elementen bewährt.

Von den zehn geplanten Sitzungen sollten sechs Paarsitzungen sein, deren Inhalte unabhängig von der individuellen Problematik der Sexualstörungen als Behandlungsprogramm ausgestaltet waren und den veränderten gesellschaftlichen und Therapiebedingungen Rechnung tragen sollten und die Sexualität in der Partnerschaft bereichern und so die Zufriedenheit der Partner mit ihrer Sexualität fördern sollten.
Für die vier vorgesehenen Einzelsitzungen war nur festgelegt, daß mindestens eine davon dem Partner des Patienten gewidmet sein sollte. Die Inhalte waren wie für die Einzelsitzungen der Patienten offen gelassen worden. Es zeigte sich, daß die Männer als Partner die Kontrolle der Ejakulation verbessern mußten, während die Frauen als Partner lernen mußten, sich aktiv um andere Befriedigungsarten als den Geschlechtsverkehr zu bemühen, um einerseits das Vermeidungsverhalten und andererseits den Leistungsdruck der Männer zu reduzieren.
Dieser Block von vier Einzelsitzungen ließ sich ohne weiteres über dieses vorgesehene Minimum hinaus verlängern; bei der längsten Therapie mit 14 Sitzungen standen den sechs Paarsitzungen am Ende acht Einzelsitzungen, sechs für die Patientin, zwei für ihren Partner, gegenüber.

Neben den bereits beschriebenen Themen, die im Mentalen Training der Einzeltherapie zur Sprache kamen, wurden hier noch zwei weitere Themenbereiche eingeführt: Spaß und Tantra. Beide Themen haben miteinander zu tun; einmal wird direkt zu einer positiven und freudigen Haltung gegenüber der Sexualität aufgerufen, zum anderen wird dies indirekt getan, indem ein Modell aufgezeigt wird, der Tantrismus, das einer nichtfordernden Sexualität huldigt, in dem Sexualität 'zelebriert' wird.
Dieses Bemühen, in der Sexualtherapie von den Pflichtübungen und der ernsten Verrichtung abzurücken, fordern auch andere Therapeuten (Wendt, 1985; Hartman und Fithian,

1972). Es ging nicht um die genaue Vermittlung neuer Verhaltensübungen, z. B. des Tantrarituals, sondern um Anregungen, die genug Spielraum für eigene Experimente der Partner ließen.
Die Darstellung dieser Therapie erfolgt wieder in den drei Abschnitten, Überblick, Mentales Training, Materialien, und zwar zunächst für die Paarsitzungen und danach für die Einzelsitzungen.

1. Paarsitzungen

a) Überblick über die Themen der Sitzungen

1. Das sexuelle Problem und die Sprache
   Der Zusammenhang zwischen Problem, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen und Lebensgeschichte wird aufgezeigt.
   Anhand von Abbildungen der Genitalien (Carrera, 1982; vgl. Falldemonstration I und II) werden möglichst viele umgangssprachliche Bezeichnungen für sexuelle Körperteile, Funktionen und Aktivitäten gesucht. Jeder Partner entscheidet dann für sich, welches Wort für z. B. Geschlechtsverkehr ihm am angenehmsten und welches am unangenehmsten ist. Durch diese unsystematische Desensibilisierung soll den Klienten das Reden über sexuelle Inhalte erleichtert werden. Zur Förderung dieser Sprachentwicklung erhalten die Partner einen Textauszug mit sexuellen Begriffen mit nach Hause, Anhang 9.

2. Die sexuelle Funktion und die Einstellung zum Körper.
   Zunächst wird über die körperlichen Veränderungen gesprochen, die jeder Partner an sich selbst während der Erregungs-, Plateau-, Orgasmus- und nachorgastischen Phase erlebt hat, wobei eine eventuell nötige sexuelle Aufklärung nachgeholt werden kann und das Reden über sexuelle Themen weiter gefördert wird.

Anhand der Gegenüberstellung von weiblichen und männlichen sexuellen Körperreaktionen (Anhang 9) soll das Verständnis für einander gefördert und mögliche Aversionen gegen Geschlechtsreaktionen des Partners abgemildert werden. Es wird versucht, ein Verständnis für die Komplexität des sexuellen Verhaltens und Erlebens zu entwickeln, um den Klienten ein wenig Ehrfurcht bezüglich dieses Bereichs der menschlichen Natur und den 'langen Atem' vermitteln zu können, den Sie für die angestrebten Veränderungen unter Umständen brauchen werden.
Weiterhin wird der Fragebogen 'Grundannahmen' (vgl. Materialien zu Falldemonstration II) von den Partnern beantwortet, und die Einstellungen zu Sexualität und Partnerschaft gemeinsam reflektiert.
Am Ende dieser Sitzung folgt ein Mentales Training zur Körperwahrnehmung (vgl. Mentales Training zu Fall II) und ein Gespräch der Partner zum Thema 'Wie empfinde ich mich, wie stehe ich zu meinem Körper', das in ein Gespräch über die Problematik der Schönheitsideale übergeht.

3. Genuß und Sinnlichkeit
Anhand einer schriftlichen Übung, in der jeder Partner seine drei schönsten sexuellen Erlebnisse mit den drei negativsten Erfahrungen vergleicht, werden die konkreten Bedingungen für befriedigenden Sex herausgearbeitet und mögliche Gründe gesammelt, die eventuell verhindern, daß Sex richtig genossen werden kann.
(Als Hausaufgabe sollen die Partner darüber reden, welche Ihrer Bedingungen für befriedigenden Sex oft oder manchmal nicht erfüllt werden).
Nach einer Atemmeditation (vgl. Kapitel Entspannungsmaßnahme der Kontrollgruppe) werden die Partner zu einer Wahrnehmungsübung mit allen fünf Sinnen angeleitet (Anhang 9), um 'Zeit haben', 'Entspannung' und 'Konzentration auf angenehme Sinneswahrnehmungen' als wichtige

Voraussetzungen für das Genießen von Aktivitäten verstehen zu lernen.
Danach werden den Pártnern anhand eines Filmausschnittes (Fliegel und IWF, 1983) verschiedene Formen des Feedbacks zum Streicheln als Grundlage für Veränderungen des Partnerverhaltens demonstriert. Diese Informationen sollen die Partner in einer darauf folgenden Streichel- und Massageübung in angekleidetem Zustand bei entspannender Musik (Hamel: Colours of Time) anwenden, während der Therapeut den Raum verläßt.
(Diese Streichelübung soll als Hausaufgabe fortgeführt werden).

4. Streicheln und Kommunikation
Ein Fragebogen zu möglichen Gründen für das Nichtausführen von Hausaufgaben (Anhang 9) wird von den Partnern beantwortet und soll exemplarisch die Motivation für die Übungen zuhause untersuchen und Widerstand offen legen und abbauen helfen.
Mit einer Übung zum sinnlichen Erleben (Anhang 9) werden Empfindungs- und Streichelübungen eingeleitet, die nach einer Anleitung von Klause (1985, Anhang 9) erfolgen: über ein fast nicht merkliches Berühren und Ausstreichen aller Körperteile werden beide, der Massierende und der Massierte sensibilisiert für zärtliche Berührungen und für eine neue geistige Grundhaltung, die körperliches Wohlempfinden obenanstellt und die unvereinbar ist mit Zielorientiertheit und Orgasmusfixierung. Über eine neutrale Übung wird die Kummunikation sexueller Themen wieder aufgegriffen und der kontrollierte Dialog als Möglichkeit zur besseren Verständigung vorgestellt (vgl. b, Anhang 8).

5. Kommunikation
Anhand der Reflexion des folgenden Beispiels wird über Sinn und Unsinn von Schuldsuche und Schuldzuweisung in einer Partnerschaft diskutiert:

"Nach einem Fest kommt es zwischen Frank und Birgit zu folgender Auseinandersetzung: Beim Fest unterhält sich Frank mit einer anderen Frau. Das kann Birgit nicht ertragen und wird darüber wütend. Zu Hause wirft sie ihm vor, sie absichtlich den ganzen Abend übergangen zu haben. Sie redet heftig auf ihn ein, es kommt dabei zu einem Streit" (Scholz, 1978).

Der kontrollierte Dialog wird an Beispielen nochmals verdeutlicht und neutral in einem Rollenspiel angewandt (vgl. b).
Die Kommunikationsproblematik wird anhand der folgenden drei Fragen thematisiert:
- Wie gehen wir vor bzw. wie sagen wir uns, daß wir Sex haben möchten ?
- Wie teilen wir uns unsere sexuellen Wünsche mit, ohne den Partner vor den Kopf zu stoßen ?
- Wie sagen wir dem Partner, ohne ihn zu verletzen, daß wir keine Lust auf Sex haben ?

Abschließend zeigt jeder der Partner im Rollenspiel, wie er gern zum Sex aufgefortert werden möchte.

10. (oder eine spätere Sitzung) Variationen
Verschiedene Stellungen zum Geschlechtsverkehr (vgl. Materialien zum Fall I), oraler und analer Geschlechtsverkehr und technische Hilfsmittel, wie Vibratoren, werden besprochen. Den Partnern wird mit Hilfe von Bildern von Thirleby (1981) und der folgenden Kurzinformation das Tantrische Ritual vorgestellt:
Die Lehre des Tantras entstammt der hinduistischen Tradition: Höhepunkt in Indien im 11./12. Jahrhundert. Die Tantriker glaubten, daß nicht über die Askese, sondern nur über die Natur der Weg zu Gott gefunden werden könne und darum sollte sexuelle Freude und Ekstase gefördert und kultiviert werden. Dies geschah mit Hilfe einer

ganzen Reihe aufeinander aufbauender Sexualrituale: Einzelrituale für Männer und für Frauen und Paarrituale. Ziel der tantrischen Sexualität ist es, mit Hilfe dieser Rituale zu lernen, die sexuelle Erregung so unter Kontrolle zu halten, daß ein Orgasmus mindestens eine Stunde lang hinausgeschoben werden kann. Dadurch wird das sexuelle Erleben und auch der Orgasmus intensiver, lustvoller und in einer ganz anderen Qualität erlebt. Wir können uns von den tantrischen Sexualritualen anregen lassen und versuchen, ohne die religiöse Ideologie zu übernehmen, diese für die Zwecke einer sexuellen Bereicherung zu nutzen.
(Ein Informationspapier zum Tantrismus wird den Partnern mitgegeben, Anhang 9). In einer neutralen Übung zum Tantra-Ritual wird diese neue Information konkretisiert und das Fremdartige auf die Paare persönlich übertragen (vgl. b).

Abschließend werden die Partner zu einem 'tantrischen Abend' animiert, wofür sie eine 'Anleitung' erhalten (Anhang 9). Diese Anleitung ist als Gegenpol zur gezeigten Tantra-Literatur bewußt einfach gehalten, um möglichen Leistungsängsten entgegenzuwirken.
Darunter ist eine Übung, die zeigt, wie die Kegelübungen in die sexuellen Aktivitäten eines Paares einbezogen werden können.
Das Ziel dieser Übung, die nicht als Hausaufgabe definiert wurde, war es, die Partner zur Durchführung neuer Verhaltensweisen zu motivieren.
Es sollte nicht das Tantra-Ritual gelernt werden, sondern über die Diskussion dieser Lebens- und Liebensweise die Bereitschaft zu Experimenten gefördert und damit die Möglichkeit geschaffen werden, als Paar neues Verhalten ganz bewußt auszuprobieren, ohne einer die Spontaneität lähmenden Hausaufgabe unterworfen zu sein.

Es ist eine nicht direktive Aufforderung, die die Klienten aus einem Dilemma befreien soll, die für simple Übungen wenig Motivation aufbringen, auch wenn daraus ihre Fortschritte resultieren könnten.
(Als Hausaufgabe bis zur Abschlußsitzung sollten die Fragebögen beantwortet und die Antworten zum SII miteinander besprochen werden).

2. Einzelsitzungen (fortlaufende Zählung)

Fall III

Die Klientin war 29 Jahre alt und lebte mit ihrem Freund seit fünf Jahren zusammen. Beide hatten wenig sexuelle Vorerfahrungen in die Partnerschaft eingebracht. Da beide in den Anfangsjahren noch mit großem Engagement für Studienabschluß und Berufsanfang ausgefüllt waren, schien die geringe sexuelle Aktivität kein Problem zu bedeuten.

a) Themen-Überblick

6. Mentales Training mit Aufforderung zu Eigenverantwortung und Eigeninitiative (Tonkassette, vgl. Fall II).

7. Mentales Training zur Förderung sexueller Lust durch gezieltes Streicheln, zu dem der Partner angeleitet wird (Tonkassette, vgl. Fall II).

8. Der Partner wird im Mentalen Training angeleitet zur besserer Kontrolle der Ejakulation (Tonkassette, vgl. b, Anhang 10).

9.- Mit der Klientin wird ein Phantasietraining durchgeführt
11. (Mentales Training auf Tonkassetten, vgl. Fall II).

12. Der Partner erfährt ein inhaltlich gleiches Mentales Training zur Lusterzeugung durch Streicheln wie die Klientin in der siebten Sitzung; er soll ihre neuen Verhaltensweisen verstehen und aktiv unterstützen, ohne daß eine entsprechende Hausaufgabe gestellt werden muß. Seine Vorstellungen zum Vorspiel sollen verändert werden, so daß das Vorspiel mehr Bedeutung gewinnt und ihm mehr Zeit eingeräumt wird.

13. Die Frage der Klientin nach der Gräfenbergzone wird aufgegriffen, wobei die umstrittene Bedeutung für das sexuelle Erleben der Frau dargestellt wird (Eicher, 1984). Die Klientin soll für eigenständiges Erforschen und Erleben ihres Körpers und eigene Erfahrungen aufgeschlossen werden. Sie erhält zum G-Punkt eine schriftliche Kurzinformation (Senger, 1983; vgl. c, Anhang 11). Um blockierende Orgasmusvorstellungen abzubauen, werden dann wie in einem Ratespiel verschiedene Orgasmusbeschreibungen vorgelesen, die die Klientin Mann oder Frau zuordnen soll (Anhang 11); die Vielfalt sexuellen Empfindens wird dadurch eindrucksvoll aufgezeigt (ein dazu passender Textausschnitt, Senger, 1983, Anhang 11, wurde mitgegeben).

Die Behandlung wurde mit einem deutlichen Erfolg für beide Partner abgeschlossen.

Fall IV

Der Klient, 33 Jahre alt, war als junger Erwachsener sexuell sehr erfolgreich gewesen, was sich im Verlauf einer auseinanderbrechenden Ehe und unter Alkoholmißbrauch ins Gegenteil verkehrte: Seit mehreren Jahren leidet er bei allen Freundinnen unter Erektionsproblemen. Auch durch eine neue feste Bindung ergaben sich keine positiven Veränderungen des Problems.

Auffallend bei diesem Klienten, der beruflich als Monteur selbständig ist, ist eine ausgeprägte Leistungsorientierung.

a) Themen-Überblick

6. Mentales Training (Tonkassette) zur Leistungsorientierung und zum Fokussieren der Empfindungen im Penis (vgl. Fall I). Ein Informationsblatt zur Leistungsproblematik (vgl. c, Anhang 13) wird dem Klienten mitgegeben, da die Partner solche Sitzungen im allgemeinen intensiver nachbesprechen, wenn ein Papier zum Inhalt der Sitzung mit nach Hause gebracht wird.

7. Mentales Training gegen Leistungsorientierung und Versagensangst beim Zusammentreffen mit der Freundin (Tonkassette, vgl. b, Anhang 11).

8. Der Partnerin wurde aufgezeigt, wie sie durch mehr Initiative für andere sexuelle Verhaltensweisen den Austausch sexueller Zärtlichkeiten pflegen könnte, ohne daß diese von der Stärke der männlichen Erektion abhängig sein würden.
   Sie wurde in der Methode des weichen Einführens unterwiesen, um ihrem Partner bei Wunsch nach Geschlechtsverkehr ohne vorhandene Erektion behilflich sein zu können.
   Schließlich sollte sie experimentieren, um herauszufinden, wie sie einen 'müden' Penis 'erwecken' könnte, eventuell durch die Methode des Melkens.
   Der Partnerin wurde ein Informationsblatt zur Bedeutung des Spielens beim Sex mitgegeben (vgl. Anhang 12), um eine Nachbesprechung der Sitzung mit dem Partner einzuleiten.

9. Mentales Training zur Methode des weichen Einführens und Melkens (Tonkassette, vgl. b), Auszüge aus Thirleby, 1981, und Chang, 1983).

10. Mentales Training zu Gelassenheit bei fehlender Erektion bei schlechten Bedingungen für sexuelle Aktivitäten (Tonkassette, vgl. Fall I).

Die Behandlung wurde auf einem Niveau beendet, das dem Klienten den Zusammenhang zwischen Erektionsproblem und begrenztem körperlichem Leistungsvermögen hatte deutlich werden lassen. Eine ausgeprägte 'mit-dem-Kopf-durch-die-Wand-Haltung', die ihm beruflich nützte, ließ jedoch weitere sexuelle Mißerfolge erwarten.

2.3.4 Darstellung der Ergebnisse

Alle dargestellten Varianzanalysen und Kovarianzanalysen wurden mit dem Unterprogramm MANOVA von SPSS-Version 9 gerechnet. Vorab war immer die Homogenität mit den Tests Cochrans C und Barlett-Box F geprüft worden, ergab jedoch in keinem Fall signifikante Werte ($p \leq .05$).
Der U-Test nach Mann und Whitney und der Kruskal-Wallis-Test wurden mit dem Unterprogramm NPAR Tests von SPSS gerechnet.

2.3.4.1 Therapie-Abbrüche

Ein Therapie-Abbruch kann für Klient und Therapeut sehr enttäuschend sein. Eine Sexualtherapie kann bei den Klienten viel bewußt machen, seien es Persönlichkeitsprobleme des einzelnen oder Beziehungsschwierigkeiten der Partner, so daß sich Klienten oder Partner vielleicht überfordert sehen, die Therapie abbrechen und unglücklicher sind, als wenn sie die Therapie nicht begonnen hätten. Möglicherweise kommt es in Folge der durch die Therapie ausgelösten Entwicklungen sogar zu einer Trennung der Partner.

Manchmal kann eine unabgeschlossene Therapie jedoch soweit hilfreich gewesen sein, daß der Patient alleine zurechtkommt oder aber zu einem späteren Zeitpunkt die Therapie

erfolgreich wieder aufnehmen kann. In den letzten Jahren habe ich verschiedentlich bei schwer gestörten Patienten Therapien unterbrochen und wieder aufgenommen, bei einigen sogar mehrmals, ohne daß Therapeut oder Patient dabei ein unbefriedigendes Gefühl hätten haben müssen.

In der Kindererziehung erleben es wahrscheinlich alle Eltern einmal, daß sie ihren Kindern etwas beizubringen versuchen, was mißlingt, was dann zu einem späteren Zeitpunkt scheinbar mühelos gelingt; dies ist nicht verwunderlich, denn der Entwicklungsprozeß ist weitergegangen und so sind beim zweiten Lernversuch bessere Lernvoraussetzungen gegeben.

Oder denken wir an Problemlösungsversuche, die trotz aller Anstrengung scheitern und zu einem späteren Zeitpunkt ohne weiteres gelingen können, ohne daß man ganz genau versteht, was man beim zweiten Versuch anders gemacht hat.

Meist sind beim zweiten Therapiedurchgang die Erwartungen des Klienten angemessener, nachdem er seine ersten Therapieerfahrungen hat auswerten können. Manchmal ist auch die Motivation günstiger, wenn zwischenzeitig Ambivalenzen abgebaut wurden. Manchmal wurden bessere Voraussetzungen für persönliche Veränderungen in der Umwelt geschaffen, z. B. belastende Beziehungen beendet oder Arbeitsstellen gewechselt.

Trotz dieser Hoffnung, daß schon bis zum Therapie-Abbruch etwas Positives für den Klienten erreicht wurde, bleibt ein Zweifel an der Tauglichkeit der Therapiemethode und an der Kompetenz des Therapeuten.

Von den 68 Paaren haben 16, also 23,5 %, die Intervention abgebrochen oder auf Anraten des Therapeuten nicht weitergeführt. Beschränkt man die Berechnung der Abbrecher-Quote auf die Klienten der Experimentalgruppen, dann sinkt die Quote auf 18,2 %.

Was die Kompetenz des Therapeuten angeht, kann darauf verwiesen werden, daß der Therapie-Abbruch ein allgemeines Problem ist und die Abbruch-Rate liegt oft sogar höher. Bei Sewell und Abramowitz (1979) betrug diese Quote 28,6 %, bei Arentewicz, Schorsch und Schorsch (1976) ein knappes Drittel der Paare, bei Arentewicz und Schmidt (1980) 19 %, bei Zimmer (1984) 36,4 %.

Was die Zweifel am therapeutischen Angebot betrifft, so muß festgestellt werden, daß sich die Therapie-Abbrüche auf alle Interventionen verteilen. Allerdings gab es in der Einzeltherapie nur zwei Abbrecher (9,1 %), in der Paartherapie immerhin sechs (27,3 %) und in der Kontrollgruppe acht, also 33,3 % Abbrecher. Der Unterschied zwischen Paartherapie und Einzeltherapie läßt sich zum Teil mit dem größeren Aufwand der Paartherapie für die Klienten erklären, wie das die Nachbefragung deutlich ergeben hat. Die hohe Abbruchquote der Kontrollgruppe hat zu einem großen Teil mit den enttäuschten Erwartungen zu tun, wie sich dies in Gesprächen ergab; damit können auch die Unterschiede innerhalb der Kontrollgruppe erklärt werden: nur zwei Abbrechern der Kontrollgruppe, die sich für Einzeltherapie entschieden hatten, stehen sechs Klienten gegenüber, die sich für Paartherapie entschieden hatten - die Erwartungen der letzteren wurden durch die 'Überbrückungsmaßnahmen' der Kontrollgruppe, Entspannungsübungen für den Symptomträger, am meisten frustriert.

Tabelle 9:
Verteilung der Abbrecher auf Gruppen und Geschlechter (KG(P) = Wunsch nach Paartherapie, KG(E) Wunsch nach Einzeltherapie)

	EG1	EG2	KG(P)	KG(E)	
Männer	3	1	3	1	8
Frauen	3	1	3	1	8
	6	2	6	2	16

Die Abbrecher unterschieden sich von der Gesamtstichprobe nicht in Schicht, Therapie-Vorerfahrung und Behandlungsinstitution. Lediglich das Alter der Abbrecher war mit einem Durchschnitt von 37 Jahren höher (Gesamtstichprobe 32,7 Jahre). Höheres Alter wird auch bei Sewell und Abramowitz (1979) von den Abbrechern berichtet. Auf weitere Berechnungen der Abbrecherdaten wurde wegen der geringen Zahlen verzichtet.

Bei drei der acht Abbrecher aus den Experimentalgruppen ging die Initiative zur Beendigung vom Therapeuten aus:

EG1 - ein männlicher Klient hatte Medikamente zur Blutdrucksenkung einnehmen müssen; bei einem Paar war der Partner bis zur 5. Therapiesitzung dreimal nicht zur Therapie mitgekommen.

EG2 - einer Klientin waren bei einer mentalen Übung Vergewaltigungsszenen aus der Kindheit bewußt geworden, die das weitere Therapiegeschehen derart dominierten, daß die Klientin die Therapie außerhalb dieser Untersuchung fortsetzen mußte (z. B. mußte der Partner einbezogen werden).

2.3.4.2 Vergleich zwischen den Experimentalgruppen und der Kontrollgruppe

Aufgrund der oben erwähnten Unterschiede bei den Altersdurchschnitten der drei Gruppen wurden Regressionsanalysen gerechnet, wobei sich jedoch nur der PFB 3, also die Skala 'Gemeinsamkeiten/Kommunikation', als signifikant altersabhängig erwies.

Tabelle 10:

Signifikanzen der Kovariate 'Alter'

FUSS	1	.234	FPI	1	.230
FUSS	2	.341	FPI	2	.346
PFB	1	.116	FPI	3	.457
PFB	2	.252	FPI	4	.591
PFB	3	.002	FPI	5	.190
IPC	I	.783	FPI	6	.436
IPC	P	.087	FPI	7	.091
IPC	C	.211	FPI	8	.063
EMI	1	.542	FPI	9	.621
EMI	2	.879	FPI	E	.582
EMI	3	.275	FPI	N	.556
EMI	4	.531	FPI	M	.673
EMI	5	.485	SII	G	.703
EMI	6	.113			
EMI	7	.871			

Dennoch wurden wegen dieser Altersunterschiede immer Kovarianzanalysen gerechnet und im Folgenden wird bei der Darstellung dieser Kovarianzanalysen immer auf die altersbereinigten Werte Bezug genommen.

Bei folgenden Skalen der verwendeten Meßmittel zeigten sich im Vergleich der Zeitpunkte vor und nach der Intervention keine sigifikanten Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen, weshalb deren Kennwerte im Anhang 11 aufgelistet sind:

FUSS 1 - Fertigkeiten und Ängste im Sozialbereich
PFB 1 - Streitverhalten
FPI 2 - Spontane Aggressivität
FPI 5 - Geselligkeit

FPI 7 - Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben
FPI 8 - Gehemmtheit
EMI 2 - Depressive Stimmung
EMI 3 - Erschöpftes Befinden
EMI 4 - Aggressive Stimmung
EMI 5 - Gehemmtes Befinden

Systematische positive Veränderungen zwischen den Meßzeitpunkten 1 und 2 - auf dem 5 % - Niveau signifikant - zeigten sich in einer Reihe von Meßmitteln. Diese Veränderungen sind inhaltlich jedoch als unbedeutend zu werten, und sie trennen nicht zwischen Experimentalgruppen und Kontrollgruppen. Kennwerte und Signifikanzen dieser Skalen sind im Anhang 12 aufgelistet:

FPI 3 - Depressivität
FPI 4 - Erregbarkeit
FPI 6 - Gelassenheit
FPI 9 - Offenheit
FPI E - Extraversion
FPI N - Emotionale Labilität
FPI M - Maskulinität
EMI 1 - Ängstliches Befinden
EMI 6 - Verlassenheitsgefühl
EMI 7 - Gestörtes Allgemeinbefinden

FPI

Vom FPI soll hier nur die Skala 'Nervosität' besprochen werden, da die statistisch signifikanten Veränderungen im FPI inhaltlich unbedeutend ausfielen, im FPI 1 aber die verschiedenen Interventionen unterschiedlich zu Buche schlugen.

Tabelle 11:

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 1

Zeit		T 1		T 2	
Gruppen		$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1		6.6	2.0	6.3	1.5
EG 2		6.6	1.9	5.4	1.4
KG		6.8	1.8	5.4	0.9
Effekte:	Gruppen				0.468
	Zeit				0.000
	Wechselwirkung				0.042

In allen drei Gruppen verbessert sich die 'Nervosität' über die Zeit, sind die Teilnehmer nach der Intervention 'psychosomatisch weniger gestört'. Dieser Effekt ist erstaunlicherweise durch die Entspannungsübungen am deutlichsten bewirkt worden und deutlicher durch die Einzeltherapie als durch die Paartherapie. Was die Bewertung betrifft, so darf nicht übersehen werden, daß sich die Ausklammerung des Konfliktes in der Kontrollgruppe positiv auswirken konnte, weil in der Folgezeit die Therapie vorgesehen und dann der Konflikt thematisiert werden sollte. Entspannungsübungen dürfen also nicht als tauglichen Ersatz für Sexualtherapie verstanden werden, aber sie können 'gut tun', wenn man weiß, daß eine Therapie bald folgen wird.

FUSS und PFB

In den 3 Skalen FUSS 2 (Fertigkeiten und Ängste im Sexualbereich) und PFB 2 und 3 (Zärtlichkeit und Gemeinsamkeiten/ Kommunikation) unterscheiden sich die beiden Experimentalgruppen hoch signifikant von der Kontrollgruppe.

Tabelle 12:
Kennwerte und Signifikanzen für FUSS 2

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	17.5	5.5	14.9	4.3
EG 2	22.4	8.3	15.5	6.0
KG	18.8	4.5	18.4	3.6
Effekte:	Gruppen			0.449
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.000

Die Durchschnittswerte in der Skala 'Fertigkeiten und Ängste im Sexualbereich' des FUSS zeigen deutlich, daß deren Thematik im Rahmen der Einzeltherapie gut angegangen werden konnte. Es muß allerdings bei der Beurteilung der Paartherapie berücksichtigt werden, daß die niedrigeren, also besseren, Ausgangswerte dramatische Verbesserungen durch die Therapie unwahrscheinlicher machten.

Hier finden wir einen ersten Hinweis auf mögliche, neben der Entspannung wirkende Faktoren des mentalen Trainings, da sich Entspannungseffekte auf dieser Skala nicht niederschlugen.

Tabelle 13:
Kennwerte und Signifikanzen für PFB 2

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	11.3	3.5	17.6	5.5
EG 2	11.4	4.2	16.7	5.3
KG	12.4	4.9	11.7	2.6
Effekte:	Gruppen			0.174
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.000

Tabelle 14:

Kennwerte und Signifikanzen für PFB 3

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	14.9	4.2	20.2	4.7
EG 2	15.0	4.8	18.9	4.7
KG	16.6	5.8	16.6	3.0
Effekte:	Gruppen			0.757
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.004

Diese beiden Partnerschaftsskalen differenzieren zwischen den Experimentalgruppen und der Kontrollgruppe. Und bei beiden Skalen schneidet die Paartherapie besser ab als die Einzeltherapie, besonders bei 'Gemeinsamkeit/Kommunikation'. Für die Bearbeitung der Partnerschaft ist die Einzeltherapie, wie zu erwarten war, zweite Wahl.

Es war erwartet worden, daß die Behandlungsdauer unter anderem davon abhängen würde, ob die partnerschaftliche Beziehung mehr oder weniger belastet war. Die Korrelationen der Werte in den PFB-Skalen von Patient und Partner mit der Anzahl der therapeutischen Sitzungen war nicht signifikant. Also muß wohl davon ausgeangen werden, daß die partnerschaftliche Beziehung so stabil sein muß, daß beide Partner an der Therapie interessiert sind, aufgrund schlechterer Werte im PFB kann aber nicht auf Probleme bei der Sexualtherapie und die Therapiedauer geschlossen werden.

IPC-Fragebogen

Tabelle 15:
Kennwerte und Signifikanzen für IPC I

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	52.4	10.6	52.2	8.2
EG 2	50.7	8.5	55.3	10.7
KG	48.4	8.5	50.6	5.4
Effekte:	Gruppen			0.429
	Zeit			0.024
	Wechselwirkung			0.167

Die Konatrollüberzeugungen veränderten sich auf der Internalitäts-Skala signifikant über die Zeit, wobei sich die stärkste Veränderung in der Experimentalgruppe 2 zeigte, d. h., daß im Rahmen der Einzeltherapie mehr als in der Paartherapie die Überzeugung gefördert wurde, man könne das eigene Leben selbst bestimmen.

Tabelle 16:
Kennwerte und Signifikanzen für IPC-P

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	51.3	11.0	56.3	7.4
EG 2	54.1	9.5	51.0	9.1
KG	48.7	9.8	48.1	6.6
Effekte:	Gruppen			0.092
	Zeit			0.883
	Wechselwirkung			0.021

Die Durchschnittswerte der P-Skala, also Abhängigkeitsgefühle gegenüber anderen Personen, sinken in der Experimentalgruppe 2, während diese in der Experimentalgruppe 1 erstaunlicherweise ansteigen. Nun ist Internalität nicht einfach mit gesund gleichzusetzen, sondern die Angemessenheit der Kontrollüberzeugungen eines Menschen hängen von anderen Variablen ab, z. B. von der gegebenen Lebenssituation oder vorhandenen Kompetenzen. Dieses Ergebnis müßte also für die Teilnehmer individuell gewertet werden. Es wäre jedoch ein unerwünschter Effekt, sollte bei Paartherapien ein subjektives Gefühl von Abhängigkeit oder Machtlosigkeit gegenüber dem Partner entstehen.

Tabelle 17:

Kennwerte und Signifikanzen für IPC-C

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	51.9	8.5	47.8	8.6
EG 2	54.0	8.9	45.0	9.0
KG	48.4	7.5	46.6	6.0
Effekte:	Gruppen			0.511
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.019

Die Durchschnittswerte für 'fatalistische Externalität' sanken in allen 3 Gruppen über die Zeit, am deutlichsten im Rahmen der Einzeltherapie, deutlich auch in der Paartherapie und mäßig, aber eben auch noch durch die Maßnahmen in der Kontrollgruppe.

Somit erbringt auch der IPC-Fragebogen Hinweise auf Wirkfaktoren, die über die Entspannungwirkungen hinausgehen.

Veränderungen im IPC C korrelieren hoch signifikant ($p \leq .01$) negativ mit den Vorerfahrungen. Diese Beratungen oder Therapien vor der Teilnahme an dieser Untersuchung hatten schon wesentlich dazu beigetragen, Schicksalserwartungen abzubauen.

Des weiteren korrelieren die Veränderungen in IPC I mit dem unspezifischen Erfolgsmaß 'Veränderung', das sich aus einigen FPI-Skalen zusammensetzt (vgl. Kapitel 'Erfolgsmaße'), was so interpretiert werden kann, daß der Aufbau von Selbstkontrollerwartungen und die Übernahme von Verantwortung für Veränderungen im Leben unspezifisch positive Veränderungen im psychischen Befinden mit sich bringen.

SII

Im Gesamtwert des SII zeigen sich von T1 nach T2 Verbesserungen in allen drei Gruppen, was den therapeutischen Wert des Fragebogens unterstreicht. Denn die Veränderungen in der Kontrollgruppe müssen größtenteils auf die bessere Kenntnis der Wünsche und Abneigungen des Partners zurückgeführt werden. Die Experimentalgruppen erzielten wesentlich größere Veränderungen, d. h. die Zufriedenheit mit der sexuellen Interaktion konnte durch die Paar- und Einzeltherapie wesentlich gesteigert werden.

Da sich diese beiden Gruppen in diesem Effekt nicht unterscheiden, muß im Mentalen Training wesentlich mehr passiert sein, als in den Entspannungsübungen. Das Mentale Training war wie die Paartherapie gut geeignet, eine offene Einstellung zur Sexualität, zu sexuellen Variationen und erstaunlicherweise zur Abstimmung zwischen den Partnern zu fördern, denn in diesen Gesamtwert des SII geht die Partnerbeurteilung gleich stark ein wie die Einschätzung der Patienten.

Tabelle 18:

Kennwerte und Signifikanzen für SII G

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	74.6	13.1	27.7	8.3
EG 2	76.2	13.1	27.7	8.2
KG	89.4	20.8	65.5	11.1
Effekte:	Gruppen			0.000
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.000

VEV

Im VEV werden Veränderungsnormen angegeben, die Änderungen nur dann anzeigen, wenn sie über die Änderungen einer nichtbehandelten Vergleichsgruppe - einer Wartegruppe der Analysestichprobe - hinausgehen.

Danach zeigte sich im Durchschnitt in der Experimentalgruppe 1 keine Veränderung - nur hier waren in vier Fällen Verschlechterungen aufgetreten -, während die Experimentalgruppe 2 und die Kontrollgruppe durchschnittlich sehr positive Veränderungen ($p \leqq .001$) erzielten. Da die Kontrollgruppe sogar besser abschnitt als die Einzeltherapie, kann behauptet werden, daß die Entspannungsübungen, obwohl im wesentlichen durch Kassetten vermittelt, dennoch wirksam waren, wobei allerdings der Beruhigungseffekt durch Ausklammerung des Konfliktthemas, wie schon erwähnt, nicht unbeachtet bleiben darf.

Tabelle 19:
Durchschnittswerte im VEV

	$\bar{x}$
EG 1	173.3
EG 2	201.8
KG	206.3

2.3.4.3 Vergleich zwischen Paartherapie - EG 1 und Hamburger Paartherapie-Projekt

Über teilweise gleiche Meßinstrumente sollte ein Vergleich zwischen den Ergebnissen in Hamburg und hier möglich werden, der eine Würdigung der hier durchgeführten Paartherapie erlauben sollte.

Verglichen wurden die Antworten der Klienten im Abschlußfragebogen (U-Test), wobei die Antworten in Hamburg entweder gleich gut oder besser ausfielen. Dieses auf den ersten Blick enttäuschende und nicht erwartete Ergebnis kann teilweise damit erklärt werden, daß die Hamburger Therapien im Durchschnitt länger andauern:

Hamburg: 38 Sitzungen x 31 Minuten = 1178 Minuten Therapie
hier : 12 Sitzungen x 52 Minuten = 624 Minuten Therapie

Es fällt auch auf, daß unter den Fragen, die die Hamburger Paartherapie besser erscheinen lassen, genau die Fragen sind, in denen sich hier die Experimentalgruppe 2, also die Einzeltherapie überlegen zeigte. Wahrscheinlich konnten die damit verbundenen Inhalte, Abbau von Versagensangst und von Enttäuschung, in Hamburg bei längerer Therapiedauer auch im Rahmen der Paartherapie besser aufgegriffen werden.

Als Erklärung für das bessere Hamburger Ergebnis im Abschlußfragebogen könnte auch die außergewöhnlich positive Bewertung durch die Hamburger Klienten dienen: wenn sich 97 % der Klienten als gebessert bewerten, dann ist das nicht mehr zu übertreffen.

Berücksichtigt man also die längere Therapie-Dauer und das positive Beantwortungsverhalten der Hamburger Klienten, dann kann das Ergebnis der Experimetalgruppe 1 befriedigen, besonders wenn man berücksichtigt, daß es in fünf von neun Fragen keinen Unterschied gibt und daß darunter die 'entscheidenden' Fragen sind, nämlich Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Orgasmus und Orgasmus des Partners (sogar mit besseren Rangplätzen für EG 1, aber nicht signifikant).

Tabelle 20:

U-Test zum Fragebogen zur Abschlußbefragung von EG 1 und Hamburger Paartherapie-Projekt

	Frauen			Männer		
	mittl. EG1	Rang Hamburg	Sig.	mittl. EG1	Rang Hamburg	Sig.
ABF 2	30.5	37.8	.0359	17.5	25.9	.0012
ABF 3	37.44	36.95	.9092	36.69	22.06	.0000
ABF 4	37.63	36.92	.9177	28.50	23.70	.2254
ABF 8	43.69	36.18	.1659	31.00	23.20	.0418
ABF 9	48.19	35.62	.0244	31.63	23.07	.0010
ABF 10	48.13	35.63	.0369	39.25	21.55	.0000
ABF 11	30.75	37.77	.3079	29.00	23.60	.1736
ABF 12	43.00	36.26	.1867	26.50	24.10	.5293
	für beide Geschlechter					
ABF 6+7	29.72	37.83	.1245			

2.3.4.4 Erfolgsmaße

2.3.4.4.1 Beschreibung der Erfolgsmaße

Klienten in psychotherapeutischer Behandlung haben etwa gleiche Chancen auf Heilung wie auf einen unveränderten Zustand oder auf eine Verschlechterung ihres Befindens. Welche Erfolgsraten sind nun bei der Sexualtherapie zu erwarten?

So wichtig diese Frage ist, so schwierig ist ihre Beantwortung. Es beginnt mit der Schwierigkeit, eine objektive Definition für den Behandlungserfolg zu finden. Natürlich gibt es Anzeichen dafür, ob eine Therapie hilfreich war, aber welches Ausmaß an positiver Veränderung kann als 'Therapieerfolg' bezeichnet werden? Zwar berichten einige Klienten von bedeutenden und eindeutigen Veränderungen aufgrund der Sexualtherapie, aber die Mehrzahl der gebesserten Klienten ist nicht 'geheilt', d. h. daß bei ihnen doch gelegentlich sexuelle Schwierigkeiten auftreten.

Zusätzlich erschwerend ist noch die subjektive Bewertung von solchen Therapiefortschritten. Manche Klienten sind schon mit geringen Fortschritten zufrieden, während andere größere Erwartungen erfüllt sehen wollen; daraus resultieren Bewertungsunterschiede, die teilweise mit der Ausgangslage der Klienten vor der Therapie, dem Ausmaß ihrer Einschränkungen zusammenhängen.

Wer soll entscheiden, ob eine Behandlung erfolgreich war? Manche Wissenschaftler neigen zur Definition eines Kriteriums, z. B. bei der Anorgasmie einer Frau wäre eine Behandlung erfolgreich, wenn die Klientin in mehr als 50 % beim Koitus zum Orgasmus kommt; aber vielen Klienten wird man mit einem einzigen Erfolgsstandard nicht gerecht.

Unsicherheit besteht auch darüber, wie lange ein Therapieerfolg auch noch nach der Therapie anhalten muß - etwa das ganze Leben? Die klinische Erfahrung zeigt aber, daß einige Klienten sich gleich nach der Therapie verschlechtern oder daß ihre Verbesserungen allmählich wieder verloren gehen.

Wie in jeder Psychotherapie geht der Klient auch in der Sexualtherapie ein Risiko ein, da er alte Verhaltensmuster und Einstellungen durch neue ersetzen soll und es gibt keine sicheren Erkenntnisse über die Erfolgswahrscheinlichkeiten.

Kilmann und Mills (1983) berichten von 140 Studien zur Sexualtherapie, die sie bezüglich der Erfolgsbeurteilung analysierten. Sie betonen, daß auch dieses Analyseergebnis nicht repräsentativ sein kann, da die weniger erfolgreiche klinische Arbeit kaum publiziert wird.

Für Erektionsprobleme geben sie an, daß 75 % der Klienten innerhalb von 10 bis 20 Sitzungen zu einem Erfolg kommen, wobei die Wahrscheinlichkeit für Männer, die früher schon die Fähigkeit zum Koitus hatten, größer sei als für Männer, die nie erfolgreich den Koitus praktizieren konnten. In der Literatur finden sich keine Angaben über mögliche physische Faktoren, die für solche Unterschiede verantwortlich sein könnten. Nach Zimmer (1984) gelten auch Eheprobleme als negative Prädiktoren bei Erektionsstörungen.

Bei Orgasmusproblemen schaffen es 70 bis 100 % der Frauen, die noch nie einen Orgasmus erlebt hatten, in 8 bis 15 Sitzungen, daß sie durch Masturbation zum Orgasmus kommen; die meisten davon können diese Erfahrung dann auch auf die Stimulation durch den Partner übertragen, ein kleinerer Teil dieser Frauen erreicht auch den Orgasmus beim Koitus. Etwas geringer sind die Erfolge im allgemeinen bei sekundärer Anorgasmie; bis zu 75 % der Klientinnen schneiden innerhalb von 10 bis 20 Sitzungen erfolgreich ab. Zimmer vermutet, "daß sekundäre Probleme per se nicht schwerer zu

behandelt sind als primäre, sondern daß das Ausmaß der Ehekonflikte entscheidend ist, von denen Motivation und Kooperationsfähigkeit beider Partner abhängen" (a.a.O., 130).

Kilmann und Mills (1983) weisen außerdem darauf hin, daß es unrealistisch ist, für Frauen eine hohe Orgasmusfrequenz (z. B. 90 % der Versuche) beim Koitus ohne zusätzliche manuelle Stimulation zu erwarten.

Die folgenden Gründe führen diese Autoren für das Scheitern der sexualtherapeutischen Bemühungen auf:
- Fehlende Bereitschaft, therapeutische Hausaufgaben durchzuführen
- Partnerprobleme
- Fehlen eines kooperativen Partners
- Fehlende Bereitschaft, die Übungen nach dem Ende der Therapie fortzusetzen.

Was die Langzeiteffekte der Sexualtherapie anbetrifft, so besteht noch viel mehr Unklarheit, da nur wenige Nachuntersuchungen erhoben wurden und diese kaum über einige Monate nach der Therapie hinausgingen. Immerhin sagen diese Untersuchungen aus, daß bei etwa einem Viertel der Patienten der Therapieerfolge nicht von Dauer sind, in manchen Studien traf dies sogar auf die Hälfte der Klienten zu. Goldberg und De Amicis (1981) führten eine 3-Jahres-Katamnese durch und erreichten damit 42 % der 90 behandelten Paare und diese bestätigten den Untersuchern ihre Zufriedenheit mit den Therapie-Ergebnissen auch noch nach drei Jahren. Die sich in Nachuntersuchungen zeigenden allmählichen Verschlechterungen werden mit der geringeren Priorität erklärt, die die Partner der Sexualität im Laufe der Zeit einräumen, im Vergleich zur Therapiephase.

Die therapeutischen Randbedingungen spielen keine entscheidende Rolle. Anders als Masters und Johnson (1970) annahmen, ist es für den durchschnittlichen Therapie-Erfolg nicht

wesentlich, ob ein Therapeut allein oder ein Therapeutenpaar die Sexualtherapie massiert oder einmal wöchentlich durchführt (Arentewicz und Schmidt, 1980; Crowe, Gillan und Golombok, 1981; Kilmann und Mills, 1983).

"Althougt sex therapy can have very beneficial effects ..., the therapy experience is, to some extent, a gamble. A client with high expectations for improvement risks disappointment from sex therapy unless he or she is willing to devote a considerable amount of time and energy to carrying out the homework assignments, and unless a willing, cooperative, and supportive partner is available to help with the exercises. Even then, there are no guarantees". (Killmann und Mills, 1983, 210).

Zu ähnlich unbefriedigenden Aussagen bezüglich des Therapieerfolgs kommt Zimmer (1984) aufgrund der Durchsicht von ca. 95 Veröffentlichungen. Die meisten Untersuchungen sind methodisch angreifbar, in der Regel liegen nur prae-post-Messungen vor, fehlen Kontrollgruppen und sind die Erfolgs-Difinitionen unklar und uneinheitlich. Werden die Erfolgsangaben der Studien, die mit dem komplexen Programm von Masters und Johnson (1970) gearbeitet hatten, den Erfolgsangaben von Masters und Johnson gegenübergestellt, so waren die Erfolge der 'Nachfolger' meist weniger beeindruckend, was mit der Klienten-Selektion erklärt wird. Auch kombinierte Programme, die Entspannung, Phantasieübungen, Masturbationsübungen, rational-emotive oder Kommunikationsübungen einbezogen hatten, konnten nach Zimmer keine größeren Erfolgschancen angeben.

Zimmer beobachtete bei seiner eigenen empirischen Untersuchung, daß die Sexual-Klienten 'ein negativeres und weniger kongruentes Ausdrucksverhalten' haben und weniger 'Selbstachtung' ausdrücken als zufriedene Paare, was für Maßnahmen wie 'Selbstsicherheitstraining', 'Aufbau eines positiven Selbstbildes' und 'Genußfähigkeit' zur indirekten Förderung der sexuellen Zufriedenheit spricht.

Bei sekundären Dysfunktionen der Frau erwies sich die 'Bearbeitung von Beziehungskonflikten' vor der eigentlichen Sexualtherapie 'also eine Kombinationsbehandlung' als günstig für die Beziehung des Paares wie für die Erfolgsrate der Sexualtherapie (Zimmer vermutet, daß ein solches Ergebnis auch bei sekundären Störungen des Mannes erwartet werden könnte). Diese Therapie-Auswirkungen zeigen sich bei diversen Fragebogen, unter anderem sehr deutlich beim SII-Problemsummenwert; ein übergreifendes Erfolgskriterium wurde nicht erarbeitet.

Einzelne Fragebogenmaße können meines Erachtens wohl Veränderungen einer Therapie aufzeigen, aber jedes Maß für sich allein ist als Erfolgsmaß unzulänglich; es ist vielmehr ein Erfolgsmaß nötig, das die Ausdrucksbreite und Vielfalt des partnerschaftlich-sexuellen Geschehens berücksichtigt.

Um den Bereich zu untersuchen, in dem sich Veränderungen ergaben, wurde eine Faktorenanalyse mit allen Veränderungsmaßnahmen berechnet, wobei zwei unabhängige Faktoren extrahiert werden konnten. Inhaltlich handelt es sich dabei zum einen um die Sexualmaße und zum anderen um Persönlichkeitsmaße.

Da die Sexualmaße alle auf einer Dimension lagen, wurden die Maße mit den höchsten Ladungen auf diesem Faktor zu einer Skala mit dem Namen 'Sexualerfolg' und folgender Definition zusammengefaßt:

Erfolg 1 ≙ DFSV 1 + DFSV 3 + DFSV 5 + DFSV 6 (D ≙ T2 -T1)
Erfolg 2 ≙ DPFB 2 + DPFB 3
Erfolg 3 ≙ DSII G

Sexualerfolg ≙ 0.125 [(Erfolg 1 - 5.773)/ 3.735]
+ 0.250 [(Erfolg 2 - 10.886)/ 8.579]
- 0.250 [(Erfolg 3 + 54.650)/17.593]

Dieses Erfolgsmaß wird meines Erachtens der Komplexität des Therapieprozesses gerecht, und es umfaßt nun Angaben zur Häufigkeit sexuellen Verhaltens (FSV), zu den sexuellen Wünschen und Vorlieben (SII) und zur Partnerschaft (PFB) und im benutzten Problemsummenwert des SII sind sogar die Partnerangaben enthalten.

Die Persönlichkeitsmaße, die auf dem 2. Faktor die höchsten Ladungen hatten, wurden zur Skala 'Veränderung' und folgender Definition zusammengefaßt:

Veränderung ≙ DFPI 1+DFPI 3+DFPI 6+DFPI 8+ DFPI-N+DFPI-M

Trotz vieler signifikanter Ergebnisse wird auf dieses Erfolgsmaß im folgenden wenig eingegangen werden, da diese Veränderungen in einem inhaltlich unbedeutenden Bereich geblieben waren. Die beiden so definierten Maße korrelierten mit -.06 über die n = 36 Personen der beiden Experimentalgruppen.

Für ein weiteres Erfolgsmaß 'Abschlußbefragung' wurden die Fragen aus dem Fragebogen für die Abschlußbefragung ausgewählt, die direkten Bezug zur Sexualproblematik hatten und sich nur auf die Person des Beantworters bezogen:

Erfolg-Abschlußbefragung ≙ ErfABF = ABF 2 - ABF 3 - ABF 4 - ABF 5 bei Männern oder ABF 6 bei Frauen - ABF 8 - ABF 9 - ABF 12

Entsprechend wurden die Partnerdaten zusammgengefaßt:

Partner-Sexualerfolg ≙ P-SexErf ≙ 0.125 (P-Erfolg 1 - 4.955)/ 3.285)
+ 0.250 (P-Erfolg 2 - 8.056)/ 6.494)
- 0.250 (Erfolg 3 + 54.650 /17.593)

Partner-Erfolg-Abschlußbefragung ≙ P-Erf ABF ≙ P ABF 2 - PABF 3 - P ABF 4 - P ABF 5 bei Männern oder P ABF 6 bei Frauen - P ABF 9 - P ABF 12.

Die Erfolgsmaße der Nachuntersuchung 'Nach-Sex-Erfolg' und 'Nach-Erfolg-Abschlußbefragung' berechneten sich entsprechend. Die folgende Tabelle gibt die Durchschnitte und Standardabweichungen für alle Teilnehmer der drei therapeutischen Interventionen an.

Tabelle 21:

Kennwerte der Erfolgsmaße

	$\bar{x}$	sd
Abschlußbefragung	- 8.2045	4.6133
Partner-Abschlußbefr.	- 9.8864	4.4262
Nach-Abschlußbefr.	- 6.5385	4.2972
Sexualerfolg	.000	.4598
Partner-Sexualerfolg	- .0093	.5007
Nach-Sexualerfolg	.000	.4138

In den folgenden Ausführungen werden auch schon die Ergebnisse der Nachuntersuchung besprochen. Nachuntersuchungen sind wichtig, weil die Therapie-Ergebnisse nicht stabil zu sein brauchen, aber es kann auch sein, daß sich therapiebedingte Veränderungen erst eine gewisse Zeit nach der Therapie manifestieren.

Beim Hamburger Paartherapie-Projekt wurden drei Langzeituntersuchungen durchgeführt: drei Monate, ein Jahr und zweieinhalb bis vier Jahre nach Therapieende. So wünschenswert dieses Unterfangen ist, so sehr stößt es doch auf praktische Hindernisse: schon die 3-Monate-Befragung verzögerte sich, die meisten Paare mußten an die Fragebogen erinnert werden, "jeder dritte Therapie-Beender sandte die Bögen auch nach der zweiten Mahnung nicht zurück" (Clement und Schmidt, 1980,82), so wurde aus dem 3-Monate-Follow-up eine Nachuntersuchung

drei bis sechs Monate nach der Therapie; Verzögerungen bis zu drei Monaten, Verweigerung der Nachuntersuchung (Interview) und Verweigerung der Rücksendung der Fragebögen traten auch bei der 1-Jahres-Untersuchung auf; entsprechende Ausfälle ergaben sich, trotz reduzierter Erhebung, im Zweieinhalb-Jahre-Follow-up.

Diese Nachuntersuchungen zeigen eine erfreuliche Stabilität der Therapie-Ergebnisse, zu einem "geringfügigen, aber statistisch signifikanten Rückgang der Verbesserungen gegenüber dem Zustand unmittelbar nach der Therapie" (Clement und Schmidt, 1980, 83) kam es nur bis zur ersten Nachuntersuchung. Die Frage nach den langfristigen Aussichten eines Paares, das eine Paartherapie beginnt, kann demnach folgendermaßen beantwortet werden: "Drei Fünftel aller Paare werden eine dauerhafte Besserung - mindestens drei Jahre lang - ihrer Symptomatik erfahren; ein Siebtel wird in anderen Beziehungen leben und dort in der Regel keine oder weniger sexuelle Prbleme haben; ein Viertel wird weiterhin in der gleichen Partnerschaft mit den gleichen Problemen leben" (Clement und Schmidt, 180, 88).

Die Problematik bei Nachuntersuchungen wird auch an der Untersuchung von Zimmer (1984) deutlich, der drei Monate nach der Therapie nur über die Daten von 14 Paaren und weitere neun Monate später nur noch von 4 Paaren berichten kann.

Die Stabilität der Ergebnisse in Hamburg, der erhebliche Aufwand, der bei Nachuntersuchungen erforderlich ist, und die dazukommende Unsicherheit, einen Zusammenhang zwischen aktuellem Befinden und Therapie herstellen zu können, bewogen mich, nur eine Nachuntersuchung zu planen, und zwar vier Monate nach der Therapie, also dem Zeitraum, in dem sich in Hamburg die geringfügigen Verschlechterungen gezeigt hatten.

Leider kamen kaum Fragebogen, die zur Nacherhebung versandt worden waren, zurück und ich mußte mich zu einem veränderten Vorgehen entschließen. Alle Therapiebeender wurden nun nach Telefonanruf persönlich aufgesucht und die Fragebogen in Anwesenheit des Therapeuten ausgefüllt. Da außerdem auf einige Fragebogen und die meisten Partnerdaten verzichtet wurde, kam es so zu einer vollstän-digen Nacherhebung mit den Meßmitteln SII (Patient und Partner), Fragebogen zur Abschlußbefragung (Patient), Fragebogen zum sexuellen Verhalten (Patient) und Partnerschaftsfragebogen (Patient), die eine Weiterbearbeitung der beiden Erfolgsmaße 'Sexualerfolg' und 'Abschlußbefragung' erlaubten.

Diese Therapie-Erfolgsmaße stehen in keinem Zusammenhang (Pearson-Produktmomentkorrelation) mit den Variablen Alter, Beziehungsdauer, Störungsdauer, Therapie-Vorerfahrung, Schicht und Lebensalter der 1. Masturbation und des 1. Koitus.

Lediglich mit den Depressions-Werten (Zerssen, 1976) ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang, und zwar erst in der Nachuntersuchung beim Erfolg 'Abschlußbefragung' ($p = .022$) und beim 'Sexualerfolg' ($p = .00\ 9$). Daß sich dieser Zusammenhang nicht deutlicher, also gleich nach Therapie-Ende zeigte, liegt sicherlich daran, daß depressive Patienten wegen der erwartet schlechten Prognose aus der Untersuchung ausgeschlossen worden waren.

Depressiven Tendenzen sollten also bei sexualtherapeutischen Interventionen besondere Beachtung geschenkt werden, um die durchaus möglichen Veränderungen im sexuellen Befinden und Verhalten realisieren zu können.

Das Erfolgsmaß 'Abschlußbefragung' (des Patienten) korreliert hoch signifikant ($p < .01$) mit der Nachuntersuchung Abschlußbefragung, mit dem Sexualerfolg und dem Nachsexualerfolg, mit der Partner-Abschlußbefragung und mit dem

Partner-Sexualerfolg und mit den Meßmittelveränderungen (T2 - T1)
- FSV 1, 3, 6; PFB 1, 2, 3; FPI 2; EMI 2; SII 1, 2, G; Partner - PFB 2, 3; Partner - SII 1

und den Meßmittelveränderungen bis zur Nachuntersuchung (T3 - T1)
- FSV 1, 2, 3; PFB 2; SII 1, G; Partner SII 1.

Das Erfolgsmaß 'Sexualerfolg' korreliert hoch signifikant ($p < .01$) mit dem Nach-Sexualerfolg, dem Erfolg 'Abschlußbefragung', dem Erfolg 'Nach-Abschlußbefragung', dem Partner-Sexualerfolg und dem Partner-Erfolg 'Abschlußbefragung' und mit den Meßmittelveränderungen (T2 - T1)
- FSV 1, 3, 5, 6; PFB 1, 2, 3; IPC-P; EMI 2, 7; SII 1, G; Partner-FSV 1, 3, 6; Partner-PFB 2, 3

und mit den Meßmittelveränderungen bis zur Nachuntersuchung (T3 - T1)
- FSV 1, 3, 6; PFB 2, 3; SII 1, G; Partner-SII 1.

Sexualerfolg und Erfolg 'Abschlußbefragung' korrelieren nicht mit der Anzahl der Therapie-Sitzungen, was dafür spricht, die Therapien nicht zu lange anzusetzen.

2.3.4.4.2 Vergleich von Paar- und Einzeltherapie

Zum Vergleich von Paar- und Einzeltherapie in diesen Erfolgsmaßen wurde der T-Test herangezogen. Es ergab sich in keinem dieser komplexen Maße ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Experimentalgruppen, weder unmittelbar nach der Therapie, noch vier Monate später.

Tabelle 22:

T-Test - Mittelwerte und Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Experimentalgruppen

	$\bar{x}$		Sig.
	EG 1	EG 2	
Abschlußbefragung	- 9.688	- 8.000	.298
Partner-Abschlußbefr.	-11.688	-10.000	.253
Nach-Abschlußbefr.	- 7.077	- 7.500	.795
Sexualerfolg	- .0313	- .0537	.894
Partner-Sexualerfolg	- .0008	- .0161	.929
Nach-Sexualerfolg	- .0309	- .0432	.939

Dieses Ergebnis wird auch durch die Betrachtung der Partnerdaten unterstützt. In einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (Gruppe x Partner) zeigte sich eine signifikant bessere Bewertung des Therapie-Ergebnisses durch die Partner, jedoch keine unterschiedliche Einschätzung der Behandlungsarten.

Tabelle 23:

Varianzanalyse - Kennwerte und Signifikanzen zu den Erfolgs- und Partnererfolgsmaßen

		$\bar{x}$	sd
Abschlußbefragung	EG 1	- 9.6875	5.1989
	EG 2	- 8.000	4.3769
Partner-Abschlußbefr.	EG 1	-11.6875	4.5712
	EG 2	-10.000	4.1294
Effekte:	Gruppe		.253
	Partner		.000
	Wechselwirkung		1.000
Sexualerfolg:	EG 1	- 0.0315	0.4748
	EG 2	- 0.0537	0.5042
Partner-Sexualerfolg:	EG 1	- 0.0008	0.4901
	EG 2	- 0.0161	0.5217
Effekte:	Gruppe		.910
	Partner		.210
	Wechselwirkung		.900

In den komplexen Erfolgsmaßen zeigten sich also bis zur Nachuntersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen.

FSV

Von T 1 nach T 2 zeigten beide Experimentalgruppen sehr signifikante Veränderungen im FSV, gerechnet mit dem Wilcoxon Test, so daß beide Behandlungen als erfolgreich bewertet werden können.

In den Veränderungen der Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und Orgasmus und der Dauer des Vorspiels unterscheiden sich die Gruppen nicht. In der Frage nach erfolglosem Geschlechtsverkehr und im Wunsch nach Geschlechtsverkehr schneidet die Paartherapie etwas besser ab.

Tabelle 24:
Veränderungen im FSV von T 1 nach T 2

	EG 1			EG 2		
	-Ränge $\bar{x}$	+Ränge $\bar{x}$	Sig	-Ränge $\bar{x}$	+Ränge $\bar{x}$	Sig
FSV 1	0 0.0	19 10.0	.000	1 5.0	13 7.69	.003
FSV 2	6 3.50	0 0.0	0.280	4 4.0	3 4.0	.735
FSV 3	0 0.0	17 9.0	.000	0 0.0	12 6.50	.002
FSV 4	1 10.0	10 5.6	.041	1 6.0	11 6.55	.010
FSV 5	2 6.00	14 8.86	.004	1 3.00	10 6.30	.008
FSV 6	2 5.0	11 7.36	.013	3 3.50	6 5.75	.155
FSV 7	10 7.80	4 6.75	.109	6 5.0	2 3.0	.093
FSV 8	10 0.0	4 0.0	1.000	6 0.0	7 0.0	1.000

Mit dem Mann-Whitney-U-Test wurden die beiden Experimentalgruppen bezüglich ihrer Antworten im FSV verglichen; sie unterschieden sich nicht zum Meßzeitpunkt 1 und nicht zum Meßzeitpunkt 2 und auch nicht in ihren Veränderungen (FSV T 2 - FSV T 1), wie folgende Tabellen zeigen.

Tabelle 25:
Kennwerte und Signifikanzen zum FSV, U-Test

	T 1			T 2		
	mittl. Rang		Sig.	mittl. Rang		Sig.
	EG 1	EG 2		EG 1	EG 2	
FSV 1	21.8	23.2	.6896	16.3	20.2	.2355
FSV 2	21.6	23.4	.6352	19.0	18.1	.7746
FSV 3	23.6	21.4	.4396	16.9	19.8	.3928
FSV 4	22.0	23.0	.5367	19.5	17.7	.5556
FSV 5	22.0	23.0	.7851	19.8	17.5	.4596
FSV 6	21.4	23.6	.5407	16.6	20.0	.3181
FSV 7	22.3	22.8	.8928	16.8	19.9	.3515
FSV 8	22.5	22.5	1.000	18.5	18.5	1.000

Tabelle 26:
Kennwerte und Signifikanzen zur Veränderung im FSV von T 1 nach T 2, U-Test

	mittl. Rang		Sig.
	EG 1	EG 2	
D FSV 1	16.0	20.5	.1754
D FSV 2	20.3	17.1	.2758
D FSV 3	17.8	19.1	.7208
D FSV 4	19.9	17.4	.4415
D FSV 5	18.9	18.2	.8171
D FSV 6	16.9	19.8	.4049
D FSV 7	18.6	18.3	.8943
D FSV 8	18.5	18.5	.1000

Auch in den Einzelfragen des FSV unterscheiden sich die Experimentalgruppen nicht, weder in den Werten nach der Therapie noch in den Veränderungen T2 - T1, weshalb in der Tabelle 31 nur die Signifikanzen beider Berechnungen dargestellt werden.

Tabelle 27:

U-Test zu Einzelfragen des FSV

	FSV1	FSV2	FSV3	FSV4	FSV5	FSV6	FSV7
Sig. T 2	.236	.775	.393	.556	.460	.318	.352
Sig. T 2-T 1	.175	.276	.721	.442	.817	.405	.894

ABF

Beim Vergleich zwischen Paar- und Einzeltherapie im Fragebogen zur Abschlußbefragung können vier Fragenbereiche unterschieden werden.

Die Klienten der Experimentalgruppe 2 und ihre Partner fanden die Therapie weniger belastend als die Teilnehmer (Patienten und Partner) der Paartherapie ($p \leq .01$). Dieses Ergebnis überrascht nicht, aber es sollte gewürdigt werden, daß die Paartherapie, die beide Partner zu Terminen und zu gemeinsamen häuslichen Übungen verpflichtet, im Alltag als 'schwer zu verkraften' empfunden wurde. Deshalb überrascht es auch nicht, daß hier mehr Therapie-Abbrecher vorkamen.

Das Reden über sexuelle Wünsche konnte verständlicherweise in der Paartherapie besser gelernt werden (nach der Beurteilung von Patienten und Partnern, $p \leq .01$). Dieses Ergebnis weist eindringlich darauf hin, beide Partner in die Therapie einzubeziehen, wenn kommunikative Probleme angegangen werden müssen.

Die Teilnehmer der Einzeltherapie berichten im Abschlußfragebogen weniger Versagungsangst und neigen weniger zu Enttäuschtsein bei sexuellem Versagen ($p \leq .05$) als die Klienten der Paartherapie, also waren für die Bearbeitung dieser Gefühle in der Experimentalgruppe 2 bessere Rahmenbedingungen gegeben.

In den direkt auf das Sexualverhalten bezogenen Fragen ergaben sich im Abschlußfragebogen keine Unterschiede zwischen den Experimentalgruppen 1 und 2, also bei der Beurteilung der sexuellen Schwierigkeiten, dem Genießen der sexuellen Beziehung, dem sexuellen Verlangen, der Erektion, Orgasmus von Patient und Partner, sexueller Befriedigung und Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs.

Tabelle 28:
U-Test zum Fragebogen zur Abschlußbefragung von EG 1 und 2

	Patienten			Partner		
	mittl. EG 1	Rang EG 2	Sig.	mittl. EG 1	Rang EG 2	Sig.
ABF 1	10.75	24.70	.0000	10.88	24.60	.0000
ABF 2	18.00	18.90	.7910	16.91	19.77	.3958
ABF 3	19.59	17.63	.5510	19.56	17.65	.5020
ABF 4	17.31	19.45	.5008	19.78	17.47	.4441
ABF 5	20.53	16.88	.2425	19.44	17.75	.5892
ABF 6	17.72	19.13	.6675	21.00	16.50	.1558
ABF 7	18.94	18.15	.8039	19.66	17.57	.5378
ABF 8	19.16	17.97	.7215	20.28	17.07	.2995
ABF 9	22.41	15.38	.0343	21.50	16.10	.1021
ABF 10	22.09	15.63	.0372	21.63	16.00	.0906
ABF 11	25.13	13.20	.0003	27.63	11.20	.0000
ABF 12	20.22	17.13	.3381	16.94	19.75	.3849

Die Mediane der Antworten zum Abschlußfragebogen sind für die Gruppen im Anhang 13 aufgelistet.

Nun werden die einzelnen Antworten im Abschlußfragebogen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung betrachtet und mit dem U-Test untersucht: auch hier lassen sich keine Hinweise für Unterschiede zwischen Einzel- und Paartherapie finden.

Tabelle 29:

U-Test - Kennwerte und Signifikanzen zum Abschlußfragebogen bei der Nachuntersuchung

	mittl. Rang		Sig.
	EG 1	EG 2	
ABF 2	15.38	16.44	.7316
ABF 3	15.35	16.47	.7091
ABF 4	14.27	17.25	.2922
ABF 5	7.17	9.30	.3135
ABF 6	8.29	7.75	.7893
ABF 8	15.38	16.44	.7315
ABF 9	15.62	16.28	.8214
ABF 12	15.31	16.50	.6892

Zeitreihen

Die Klienten waren gebeten worden, täglich auf einem Blatt zehn Fragen durch Ankreuzen zu beantworten, so daß am Ende jeder Woche der Verlauf über die Woche und schließlich über die Therapie abgelesen werden konnte. Diese Art der Datensammlung erwies sich für die Klienten als sehr aufwendig, wogegen sie sich sperrten, so daß am Ende der Untersuchungsphase 1 nur die Tagebücher von 18 Klienten zum größten Teil ausgefüllt vorlagen. Da allerdings auch diese Tagebücher zum Teil hatten angemahnt werden müssen, ist das Vertrauen in eine ordnungsgemäße Beantwortung erschüttert.

Wie die Arbeitsgruppe um Dirk Zimmer, die dieses Tagebuch erarbeitet hatte, beschränkte ich die Auswertung schließlich auf drei Fragen:

- Frage 1: Wie gut haben Sie sich in den letzten 24 Stunden mit Ihrem Partner verstanden?

- Frage 2: Mein Interesse auf sexuelle Aktivitäten ist heute: sehr hoch - sehr niedrig

- Frage 3: Ich finde es sehr gut - nicht gut, an der Therapie teilzunehmen.

Die Zeitreihenanalysen wurden mit dem Untergrogramm P2T vom BMDP, Version 1984, gerechnet (Dixon, 1981). Neben der hier vorgestellten Analyse wurden Analysen mit verzögertem Einsatz von 7, 14 und 21 Tagen gerechnet, weil Auswirkungen der Therapie auf das Sexualverhalten nicht von den therapeutischen Anfangsübungen erwartet worden waren; deren Ergebnisse werden hier nicht wiedergegeben, da sich durch die Verzögerungen die Signifikanzen verschlechterten.

Die Schätzwerte und Signifikanzen und die Phasenlängen und Durchschnitte sind für diese drei Fragen für jeden Klienten einzeln im Anhang 14 aufgelistet. Von den 3 Fragen jedes der 18 Patienten konnte in 7 Fällen kein Modell gefunden werden (5 mal in EG 1, 2 mal in EG 2), wobei als Entscheidungskriterium LBQ 20< 5 % festgelegt worden war. Daß zum Teil keine Modelle gefunden werden konnten, daß also eine signifikante Autokorrelation in der Zeitreihe verblieben war, hängt wohl damit zusammen, daß manche Tagebücher vermutlich erst auf Anforderung des Therapeuten, also im Nachhinein ausgefüllt worden waren. Am häufigsten ergab sich ein autoregressives Modell, daß also die Fragen wie am Tag zuvor beantwortet wurden. Wochenrythmen wurden in fünf Fällen gefunden.

Tabelle 30:
Modelle der Zeitreihenanalyse

	0,0,0	1,0,0	1,0,1	(1,0,0)(7,0,0)	(1,0,1)(7,0,0)	kein Modell
EG 1	4	9	2	2	2	5
EG 2	2	24	1	0	1	2

Unter der Voraussetzung, daß diese Ergebnisse generalisierbar sind, können die folgenden allgemeinen Aussagen gemacht werden.

Nach den drei Fragen untersucht, ergeben sich 24 signifikante Anstiege in beiden Untersuchungsgruppen (davon 14 bei Frage 2), denen nur 6 Trendabfälle (alle bei Frage 3) gegenüberstehen. So war wohl die Frage nach dem sexuellen Interesse am meisten und die Frage nach der Therapie-Motivation am wenigsten sensibel für das Therapiegeschehen.

Nach Phasen untersucht, zeigten sich während der baseline nur in 4 Fällen Anstiege; das Niveau blieb hier also weitgehendst unverändert bei allen Fragen. Während der Therapie ergaben sich die meisten Veränderungen, häufig in eine positive Richtung (Anstieg), vereinzelt aber auch negativ (Abfall). Die beiden Wochen nach der Therapie bis zum Abschlußgespräch brachten keine positiven Veränderungen mehr, aber in zwei Fällen einen Abwärtstrend. Alle Trendabfälle beziehen sich, wie oben erwähnt, auf die Frage nach der Therapie-Motivation, die also bei einigen Klienten, und zwar in beiden Untersuchungsgruppen, im Lauf der Therapie und kurz nach der Therapie sank.

Für die 'therapiesensible' Frage fand sich kein Abwärtstrend in keiner Phase. So zeigen sich in dem Tagebuch zwar einige positive Entwicklungen während der Therapie, es fanden sich aber wenigstens keine Anzeichen für Verschlechterungen durch die Therapie.

Tabelle 31:

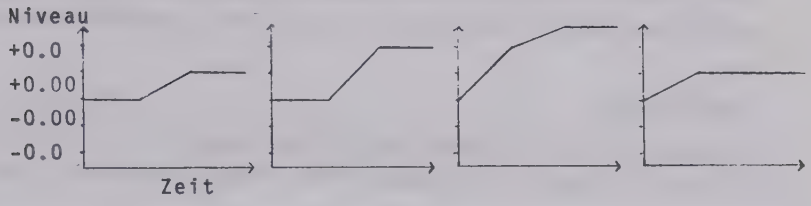
Anzahl signifikanter Trends ($p \leq .05$)

		Fragen			Phasen		
		1	2	3	1	2	3
Anstieg	EG 1	2	6	3	2	9	0
	EG 2	2	8	3	2	11	0
Abfall	EG 1	0	0	2	0	1	1
	EG 2	0	0	4	0	3	1
unver-	EG 1	13	11	14	17	9	12
ändert	EG 2	25	22	20	26	14	27

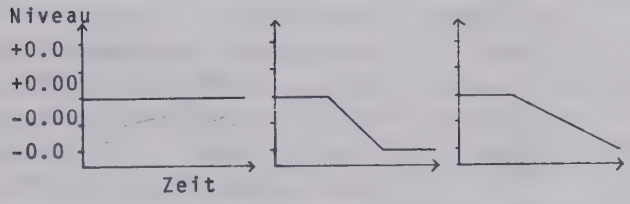
Unter der Voraussetzung, daß alle Niveaus gleichgesetzt, alle Trends sehr grob und die nicht signifikanten Trends als unverändertes Niveau und die Phasen gleich lang dargestellt werden, ergeben sich 7 verschiedene Verläufe. Fünf Verlaufskurven davon kommen jedoch nur ein oder zweimal vor, so daß von zwei hauptsächlichen Verlaufsformen ausgegangen werden kann: unverändertes Niveau während der ganzen Erhebung und Anstieg ausschließlich während der Therapie auf ein höheres Niveau nach der Therapie.

Abbildung 4:

Verlauf und Häufigkeit der Trends nach Frage, Phase und Untersuchungsgruppe



	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
EG 1	2	2	1		2			1				1
EG 2	2	6	3									



	1	2	3	1	2	3	1	2	3
EG 1	4	1	3			1			
EG 2	7	4	3			2			1

Nach diesen Analysen unterscheiden sich die beiden Untersuchungsgruppen nicht wesentlich, lediglich die Suche nach dem Analysemodell war für die Klienten der Experimentalgruppe 2 im allgemeinen leichter. Da aber doch einige Fragezeichen hinter diesen Daten und den daraus resultierenden Überlegungen stehen, wurde auf einen statistischen Vergleich beider Gruppen verzichtet.

Eine Beschränkung des Umfangs der täglichen Informationserhebung hätte die Akzeptanz dieses Tagebuchs wahrscheinlich gesteigert und am Ende bei der Auswertung mehr ergeben. So scheint mir auch die Einschränkung auf Verhaltensäußerungen sinnvoll, wie dies Fichten, Libmann und Brender (1983) für ein Tagebuch vorgeschlagen haben, in das die Klienten Kurzantworten zu vier Verhaltens-Kategorien eintragen (Abb. 5).

Abbildung 5:

Tagebuch mit vier Verhaltensklassen nach Fichten, Libmann und Brender, 1983, 196.

Daily Self-Monitoring Form Items

Individual Sexual Activities	Affectional Display	Couple Sexual (Noncoital) Activities	Intercourse
dreams	kissing and hugging	manual stimulation (genital) giving	male on top
fantasies	manual caressing (nongenital) giving	and receiving	female on top
masturbation	and reveiving	oral stimulation (genital) giving and	side to side
reading erotica	oral caressing (nongenital) giving	receiving	rear entry
seeing erotica	and receiving	anal activities	

Vergleich der Geschlechter

Ob Frauen oder Männer unterschiedlich auf die Interaktion mit dem Therapeuten ansprachen, wurde mit dem T-Test überprüft. Für die beschriebenen Erfolgskriterien ließen sich keine signifikanten Werte finden.

Tabelle 32:

T-Test - Mittelwerte und Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Geschlechter

	$\bar{x}$		Sig.
	Männer	Frauen	
Abschlußbefragung	- 7.571	- 8.783	.391
Partner-Abschlußbefr.	-10.238	- 9.565	.620
Nach-Abschlußbefr.	- 6.778	- 6.333	.752
Sexualerfolg	- .0612	- .0558	.405
Partner-Sexualerfolg	- .0699	- .0513	.476
Nach-Sexualerfolg	- .0436	- .0374	.550

Auch das Ergebnis einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (Gruppe x Geschlecht) erbrachte keinen bedeutsamen Unterschied in der Effektivität der Behandlungen, bezüglich der Geschlechter, weder unmittelbar nach der Therapie noch vier Monate später.

Tabelle 33:

Varianzanalyse - Kennwerte und Signifikanzen zu den Erfolgsmaßen von Gruppen und Geschlechtern

Abschlußbefragung		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	-10.250	6.3639
	Frauen	- 9.125	4.0861
EG 2	Männer	- 8.500	4.2492
	Frauen	- 7.500	4.6726
Effekte:	Gruppe		.309
	Geschlecht		.520
	Wechselwirkung		.970
Sexualerfolg			
EG 1	Männer	- 0.1623	0.5571
	Frauen	- 0.2252	0.2948
EG 2	Männer	- 0.1098	0.4883
	Frauen	0.0024	0.5397
Effekte:	Gruppe		.892
	Geschlecht		.502
	Wechselwirkung		.135
Nachuntersuchung - Erfolg - Abschlußbefragung			
EG 1	Männer	- 5.6667	4.8854
	Frauen	- 8.2857	4.6445
EG 2	Männer	- 7.7000	4.6200
	Frauen	- 7.2500	3.9188
Effekte:	Gruppe		.798
	Geschlecht		.609
	Wechselwirkung		.360
Nachuntersuchung - Sexerfolg			
EG 1	Männer	- 0.2049	.5039
	Frauen	- 0.2329	.2803
EG 2	Männer	- 0.0959	.3845
	Frauen	- 0.0226	.5074
Effekte:	Gruppe		.937
	Geschlecht		.457
	Wechselwirkung		.084

Vergleich der Behandlungsorte

Die institutionellen Bedingungen können für die therapeutische Intervention sehr bedeutsam sein. Für die hier behandelte Klientel war der Behandlungsort, also die Durchführung der Therapie in einer Psychologischen Praxis oder in einer Psychologischen Beratungsstelle nicht ausschlaggebend für den Therapie-Erfolg.

In keinem der verschiedenen Meßmittel zeigte sich ein inhaltlich bedeutsamer und auch kein statistisch signifikanter Unterschied, weshalb auf die Auflistung aller Meßmittel verzichtet wird.

Auch in der Behandlungsdauer zeigt sich nur wenig Abweichung; sie liegt in der Psychologischen Praxis im Durchschnitt bei 11.2 Sitzungen und in der Beratungsstelle bei durchschnittlich 12.1 Sitzungen.

In den Erfolgsmaßen unterscheiden sich die Behandlungsorte ebenfalls nicht - die Berechnung des T-Tests ergab keine signifikanten Werte.

Tabelle 34:

T-Test - Signifikanzen der Erfolgsmaße beider Behandlungsorte

	$\bar{x}$		Sig.
	BSt	Praxis	
Abschlußbefragung	- 8.353	- 8.111	.868
Partner-Abschlußbefr.	- 9.882	- 9.889	.996
Nach-Abschlußbefr.	- 6.067	- 6.833	.595
Sexualerfolg	- .0288	- 0.181	.746
Partner-Sexualerfolg	- .0025	- .0137	.949
Nach-Sexualerfolg	- .0663	- .0414	.436

Da in der Beratungsstelle Böblingen der Therapeut einen großen Entscheidungsspielraum bei der Betreuung der Klienten hat, kann er seinen eigenen Arbeitsstil uneingeschränkt verwirklichen - eine wichtige Voraussetzung für die vorliegende Untersuchung.

Das Ergebnis zeigt, daß beide Organisationsformen, also Praxen niedergelassener Psychologen und Beratungsstellen mit multiprofessionellen Teams, eine effektive Therapiearbeit leisten können und daß die heftig diskutierte Frage der besseren Organisation psychologischer Hilfsangebote wohl durch ideologische Überzeugungen angeheizt wird. Wahrscheinlich ist weder die eine noch die andere Lösung die bessere, sondern eine ausgewogene Mischung wäre wünschenswert. Arbeitsteilung innerhalb einer übergeordneten Zusammenfassung aller Dienste könnte eine echte Kooperation ermöglichen.

Das PLISSIT-Modell aus der Sexualtherapie (Annon, 1974, 1975) könnte Modell sein für ein Beratungs- und Therapie-Angebot, das in aufeinander aufbauenden Abschnitten durchlaufen wird und an dessen Ende die intensive, individuelle Psychotherapie steht. Aber leider ist ein Ende des Chaos eines freien Beratungs- und Therapie-Marktes nicht in Sicht (Christmann, 1982; Wolf, 1982; Keupp, 1982; Zimmer, 1983).

2.3.4.4.3 Vergleich von Einzel-, Paar- und Kombinationsbehandlung

Im Erfolgsmaß 'Sexualerfolg' unterscheiden sich die drei Behandlungen nicht, weder bei Therapieende noch bei der Nachuntersuchung.

Tabelle 35:

Kennwerte und Signifikanzen
zum Sexualerfolg und Nach-Sexualerfolg

	EG 1		EG 2		BG 3	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
Sexualerfolg	-0.031	.4748	-0.054	.5042	0.197	.2657
	Gruppeneffekt:					.413
Nach-Sexualerfolg	-0.031	.4435	-0.043	.4335	0.147	.3233
	Gruppeneffekt:					.539

Der 'Sexualerfolg' trennt die Gruppen auch nicht bei einer Analyse der geschlechtsspezifischen Ergebnisse.

Tabelle 36:

Kennwerte und Signifikanzen zum Sexualerfolg
der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen

Sexualerfolg		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	0.1623	0.5571
	Frauen	-0.2252	0.2948
EG 2	Männer	-0.1097	0.4883
	Frauen	0.0024	0.5396
3. Therapie	Männer	0.2166	0.3359
	Frauen	0.1644	0.1372
Effekte:	Gruppe		.412
	Partner		.478
	Wechselwirkung		.278

Auch bis zur Nachuntersuchung ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Effekte beim 'Sexualerfolg'. Die geringfügigen Veränderungen nach Therapie-Abschluß gehen quer durch die Gruppen und Geschlechter, und zwar verschlechtern sich geringfügig die Untergruppen, die nach der Therapie sehr gut abgeschnitten hatten, und die Untergruppen, die nach der Therapie etwas weniger gut abgeschnitten hatten, verbessern leicht ihre Werte.

Tabelle 37:

Kennwerte und Signifikanzen zum Nach-Sexualerfolg der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen

Nach-Sexualerfolg		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	0.2043	0.5039
	Frauen	-0.2329	0.2803
EC 2	Männer	-0.0959	0.3844
	Frauen	0.0226	0.5073
3. Therapie	Männer	0.1029	0.3809
	Frauen	0.2215	0.2495
Effekte:	Gruppe		.528
	Partner		.604
	Wechselwirkung		..57

Beim Erfolgsmaß 'Abschlußbefragung' zeigen sich leichte, nicht signifikante Unterschiede, die deutlicher und signifikant bei der 'Partner-Abschlußbefragung' ausfallen. Die Kombinationsbehandlung schneidet hier am besten ab und besonders die Frauen profitieren von dieser Behandlungsmaßnahme.

Tabelle 38:

Kennwerte und Signifikanzen zur Abschlußbefragung und Partner-Abschlußbefragung der Geschlechter in den drei Behandlungsgruppen

Abschlußbefragung		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	-10.2500	6.3639
	Frauen	- 9.1250	4.0861
EG 2	Männer	- 8.5000	4.2491
	Frauen	- 7.5000	4.6726
3. Therapie	Männer	- 7.0000	2.4494
	Frauen	- 3.6667	2.8867
Effekte:	Gruppe		.149
	Partner		.305
	Wechselwirkung		.826
Partner-Abschlußbefragung		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	-10.3750	3.6228
	Frauen	-13.0000	5.2644
EG 2	Männer	-10.3000	3.7727
	Frauen	- 9.7000	4.6439
3. Therapie	Männer	- 6.8000	1.64317
	Frauen	- 4.6667	2.5166
Effekte:	Gruppe		.010
	Partner		.796
	Wechselwirkung		.341

Bis zur Nachuntersuchung fallen die Werte dieses Erfolgsmaßes noch besser aus. In allen Gruppen beurteilen Männer und Frauen ihre Therapieergebnisse besser als unmittelbar bei Therapie-Ende. Die Einzeltherapie weist hier nach der Therapie die geringsten Verbesserungen auf.

Nachuntersuchung Abschlußbefragung		$\bar{x}$	sd
EG 1	Männer	-5.6666	4.8853
	Frauen	-8.2857	4.6445
EG 2	Männer	-7.7000	4.6200
	Frauen	-7.2500	3.9188
3. Therapie	Männer	-4.4000	1.6733
	Frauen	-2.0000	2.6457
Effekte:	Gruppe		.081
	Partner		.880
	Wechselwirkung		.392

Wenn nur der SII-Gesamtwert zum Vergleich der drei Behandlungen herangezogen wird, dann zeigen sich bei allen Gruppen Verbesserungen mit etwa gleichem Umfang (Tabelle 39).

Tabelle 39:

Kennwerte und Signifikanzen für SII G

	T 1		T 2	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	74.6	13.1	27.7	8.3
EG 2	76.2	13.1	27.7	8.2
BG 3	66.3	12.7	18.0	6.2
Effekte:	Gruppe			.016
	Partner			.000
	Wechselwirkung			.944

Deutliche Veränderungen erbrachten die drei Behandlungsarten im FSV, wie der Tabelle 40 zu entnehmen ist, die die Signifikanzen zum Wilcoxon-Test wiedergibt.

Tabelle 40:

Wilcoxon-Test zum FSV von T 1 nach T 2

	FSV1	FSV2	FSV3	FSV4	FSV5	FSV6	FSV7
Signifikanz	.000	.041	.000	.001	.000	.001	.014

Im FSV unterscheiden sich die Behandlungsgruppen in den Fragen: Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Häufigkeit von erfolglosem Geschlechtsverkehr, Häufigkeit des Orgasmus beim Geschlechtsverkehr. Berechnet wurde der Vergleich mit dem Kruskal-Wallis-Test, was einer Varianzanalyse für Rangskalenniveau entspricht. Dabei schneidet die Kombinationsbehandlung am besten ab und die Einzeltherapie weist noch einen Vorteil gegenüber der Paartherapie auf (vgl. Tab. 41).

Betrachtet man die Veränderungen im FSV von T 1 nach T 2, dann verändern sich die Signifikanzen, d. h. die Gruppen unterscheiden sich weniger; allerdings verbleiben die besseren Werte zu den Fragen nach der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und der Häufigkeit des Orgasmus bei der Kombinationsbehandlung (vgl. Tab. 42).

Tabelle 41:
Kennwerte und Signifikanzen des Kruskal-Wallis-Test zum FSV nach der Therapie

	mittl. Rang			Sig.
	EG 1	EG 2	3. Th.	
FSV 1	17.97	22.15	32.44	.022
FSV 2	25.0	23.7	14.5	.068
FSV 3	18.5	22.2	31.25	.059
FSV 4	25.0	22.7	17.0	.278
FSV 5	23.75	21.0	23.75	.712
FSV 6	19.5	23.9	25.0	.462
FSV 7	20.63	24.45	21.38	.597

Tabelle 42:
Kennwerte und Signifikanzen des Kruskal-Wallis-Test zu den Veränderungen im FSV (T 2 - T 1)

	mittl. Rang			Sig.
	EG 1	EG 2	3. Th.	
FSV 1	17.97	22.77	30.88	.05
FSV 2	24.88	20.85	21.88	.524
FSV 3	19.47	21.38	31.38	.078
FSV 4	25.16	22.1	18.19	.384
FSV 5	21.31	20.20	30.63	.118
FSV 6	19.66	22.97	27.0	.374
FSV 7	22.53	22.35	22.81	.996

Anschließend werden die Ergebnisse der Varianzanalysen zum Vergleich der Erfolgsmaße bei Therapie-Ende und bei der Nachuntersuchung dargestellt.

Beim 'Sexualerfolg' ergeben sich keine signifikanten Werte, aber in allen drei Behandlungen zeigen sich kleine Verbesserungen bis zur Nachuntersuchung.

Bei der 'Abschlußbefragung' treten ebenfalls in allen Untersuchungsgruppen Verbesserungen bis zur Nachuntersuchung auf, die sogar statistisch signifikant ausfallen, wobei die Kombinationsbehandlung am erfolgreichsten und die Paartherapie erfolgreicher als die Einzeltherapie beurteilt wird.

Tabelle 43:
Kennwerte und Signifikanzen im Erfolg 'Abschlußbefragung' bei Therapie-Ende und Nachuntersuchung

	Therapie-Ende		Nachuntersuchung	
Abschlußbefragung	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	-8.5384	4.9094	-7.0769	4.7515
EG 2	-7.8333	4.4358	-7.500	4.2043
3. Therapie	-5.7500	2.9640	-3.5000	2.2677
Effekte:	Gruppe	.184		
	Partner	.000		
	Wechselw.	.022		

Tabelle 44:
Kennwerte und Signifikanzen zum Sexualerfolg bei Therapie-Ende und Nachuntersuchung

	Therapie-Ende		Nachuntersuchung	
Sexualerfolg	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	0.0326	0.5060	-0.0309	0.4435
EG 2	-0.0523	0.5305	-0.0432	0.4335
3. Therapie	0.1971	0.2656	0.1474	0.3233
Effekte:	Gruppe	.500		
	Partner	.427		
	Wechselw.	.608		

Der Behandlungserfolg hat sich also als stabil erwiesen. Die positiven Veränderungen nach der Therapie dürfen nicht überschätzt werden; vielleicht sind sie sogar durch sozial erwünschtes antworten zustande gekommen, weil der Therapeut während des Ausfüllens der Fragebögen bei der Nachuntersuchung zugegen war. Andererseits kann dies nicht die Gruppenunterschiede erklären.

2.3.4.4.4 Prozentuale Erfolgsangaben

Um die Frage meiner Kollegen nach dem Anteil der Erfolgs- bzw. Mißerfolgsfälle beantworten zu können, werden die Werte der Klienten im Abschlußfragebogen unmittelbar nach der Therapie wegen dessen hoher Korrelation mit den übrigen Erfolgsmaßen zum globalen Erfolgskriterium zusammengefaßt. Die Antworten (oder entsprechende Formulierungen im ABF) 'besser' und 'viel besser' wurden als Erfolg, 'etwas schlimmer' und 'viel schlimmer' als Mißerfolg gewertet. Die Antwort 'unverändert' wurde ausgeschieden, weil damit positive wie negative Aussagen verbunden sein konnten.

Tabelle 45:
Erfolgsdefinition nach der Therapie mittels ABF der Patienten

	Erfolg	Mißerfolg
ABF 2	d, e, f	a, b
ABF 3	a, b	d, e
ABF 4	a, b	d, e
ABF 5 bzw. 6	a, b	c, d
ABF 8	a, b	d, e
ABF 9	a, b	c, d
ABF 12	a, b	d, e

Die drei Behandlungsgruppen unterscheiden sich in ihrer Erfolgsrate, wie der folgenden Tabelle entnommen werden kann.

Tabelle 46:
Häufigkeiten und Prozente von Erfolg und Mißerfolg in den drei Therapiegruppen

	Erfolg		unverändert		Mißerfolg	
	Häufigk.	%	Häufigk.	%	Häufigk.	%
EG 1	12	75	1	6.3	3	18.8
EG 2	19	95	0	0	1	5
3. Therapie	8	100	0	0	0	0
	39	88.6	1	2.3	4	9.1

Auch die Geschlechter unterscheiden sich; besonders die Männer müssen in der von ihnen bevorzugten Paartherapie (oben beschrieben) mit Mißerfolgen rechnen.

Tabelle 47:
Häufigkeiten und Prozente von Erfolg und Mißerfolg der Männer

	Erfolg		unverändert		Mißerfolg	
	Häufigk.	%	Häufigk.	%	Häufigk.	%
EG 1	5	62.5	0	0	3	37.5
EG 2	10	100	0	0	0	0
3. Therapie	5	100	0	0	0	0
	20	87	0	0	3	13

Tabelle 48:
Häufigkeiten und Prozente von Erfolg und Mißerfolg der Frauen

	Erfolg		unverändert		Mißerfolg	
	Häufigk.	%	Häufigk.	%	Häufigk.	%
EG 1	7	87.5	1	12.5	0	0
EG 2	9	90.0	0	0	1	10.0
3. Therapie	3	100	0	0	0	0
	19	90.5	10	4.8	1	4.8

Mit dieser Darstellung ist es endlich gelungen, Masters und Johnson, die Vorbilder für effektive Sexualtherapie, zu 'schlagen', die eine Mißerfolgsquote am Ende der Intensivtherapie von ca. 19 % bei Orgasmusstörungen und ca. 28 % bei Erektionsstörungen angaben.

Diese Darstellung der Therapie-Ergebnisse ist absurd; sie zeigt die Gefahr auf, die mit einfachen Erfolgskriterien verbunden ist. An den einzelnen Fragen des ABF ist nichts auszusetzen, es ist vielmehr die Reduzierung des komplexen Geschehens auf sieben Fragen, die nur vom Patienten beantwortet werden, die unzulässig ist. Komplexe Maße, wie die vorn vorgestellten, sind leider auch nicht objektiv, vermögen aber doch ein bißchen mehr zu differenzieren. Leider bleiben uns einfache Aussagen besser im Gedächtnis und sind leichter mitzuteilen. Zum Vergleich mit Masters und Johnson soll nicht verschwiegen werden, daß ihre Daten auf der Auswertung von 790 Patienten beruhen und sich ihre Versagerquote im Laufe der Jahre verringert hat, was bei den vorgenannten Vergleichszahlen nicht berücksichtigt ist.

2.3.4.4.5 Antworten auf die Untersuchungsfragen

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse dieser Untersuchung als Antworten auf die vor der Untersuchung formulierten Fragen darstellen:

Zu Frage 1:
Das Mentale Trainung ist für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen geeignet.

zu Frage 2:
Einzeltherapie kann als Alternative zur Paartherapie in Betracht gezogen werden, wenn gewisse Voraussetzungen in der Partnerschaft erfüllt sind.

zu Frage 3:
Mentales Training bewirkt positive Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden.

zu Frage 4:
Mentales Training ist einem Entspannungstraining bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen deutlich überlegen.

zu Frage 5:
Mentales Training kann die Überzeugung, das eigene Leben beeinflussen zu können, fördern; weitergehende Aussagen zur Erfolgserwartung können nicht gemacht werden.

zu Frage 6:
Positive Auswirkungen des Mentalen Trainings auf die Selbstbeurteilung der Persönlichkeit im FPI sind festzustellen, allerdings bis auf die Skala 'Nervosität' in unbedeutendem Ausmaß.

zu Frage 7:
Mentales Training ist besonders zur Angstreduktion, vor allem auch der Versagensangst, geeignet.

zu Frage 8:
Die Einzeltherapie verspricht keine höhere Wirksamkeit als die Paartherapie bei höherem Alter und/oder längerer Beziehungsdauer.

zu Frage 9:
Die Einzeltherapie wird als weniger anstrengend erlebt.

zu Frage 10:
Die hier unterschiedenen institutionellen Bedingungen wirkten sich nicht auf die Therapien aus.

zu Frage 11:
Geschlechtsunterschiede sind beim Vergleich von Einzeltherapie - Paartherapie nicht festzustellen.

zu Frage 12:
Die Schichtzugehörigkeit hatte bei dieser Untersuchung keine Bedeutung für das Behandlungsergebnis.

zu Frage 13:
Die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung (im PFB) hatte keine direkte Auswirkung auf die Länge der Sexualtherapie.

zu Frage 14:
Zwischen den Vorerfahrungen vieler Patienten mit Beratung und Therapie und den komplexen Erfolgsmaßen der Sexualtherapie ließ sich kein bedeutsamer Zusammenhang aufzeigen.

zu Frage 15:
Die Therapie-Ergenisse blieben auch bei der Einzeltherapie nach der Behandlung stabil; die Paartherapie konnte allerdings nach Therapieende noch leichte Verbesserungen erzielen.

zu Frage 16:
Die Erfolgsaussagen des Hamburger Paartherapie-Projekts wurden im wesentlichen bestätigt; lediglich die Spitzenbeurteilungen 'sehr erfolgreich'/'sehr gut' wurden bei der Paartherapie hier seltener geäußert, was durch die kürzere Behandlungsdauer erklärt werden kann.

zu Frage 17:
Das Mentale Training schneidet bei allen Meßmitteln etwa gleich gut ab wie die Paartherapie, sofern diese nicht besonders auf die Erfassung der Partnerschaft ausgerichtet sind.

zu Frage 18:
Eine Kombination von Paar- und Einzeltherapie (mit Mentalem Training) ist möglich.

zu Frage 19:
Eine Kombinationsbehandlung bringt manche Vorteile, eine höhere therapeutische Effizienz konnte hier nicht nachgewiesen werden.

2.3.5. Diskussion der Ergebnisse

2.3.5.1 Würdigung und Kritik

Die Untersuchungsresultate sind unter dem Gesichtspunkt der Behandlungseffizienz in allen Therapiegruppen sehr gut ausgefallen, was für die Paartherapie nicht so sehr überrascht, aber für das Mentale Training nicht unbedingt erwartet werden konnte. Dieses Ergebnis bestätigt die angenommene Indikation des Mentalen Trainings bei sexuellen Funktionsstörungen. Bei einem sehr guten Untersuchungsergebnis stellt sich die Frage nach dem Therapeuteneinfluß und der Patientenselektion.

Als Therapeut war ich während dieser Untersuchung sicher mehr motiviert bei der Therapiearbeit als im allgemeinen sonst; manchmal empfand ich einen gewissen Leistungsdruck, weil die Klienten von Kollegen mit entsprechenden Erwartungen an den 'Spezialisten' überwiesen worden waren. Dieser Erfolgsdruck war unabhängig von den Therapievarianten.

Da die Klienten, die sich größtenteils an verhaltensorientierte Berater und Therapeuten gewandt hatten, von diesen an den Fachmann mit dem größeren bereichsspezifischen Wissen überwiesen worden waren, fand eine selektive Indikation statt (85 Prozent der Klienten waren überwiesen worden).

Die Indikationskriterien waren weit gefaßt und schlossen Partnerprobleme nicht aus. Im nachhinein muß festgestellt werden, daß die Überweisungen qualifiziert vorgenommen worden waren; die Partnerkonflikte waren weniger bedeutsam, als es zuvor erwartet worden war, und ein deutliches Anzeichen dafür, daß die Partnerbeziehungen im großen und ganzen intakt waren, ist die Tatsache, daß es zum Zeitpunkt der Therapie bei keinem Paar außerpartnerschaftliche Beziehungen gegeben hat.

Die Relevanz der partnerschaftlichen Beziehung für die Sexualität und die Sexualtherapie ergibt sich aus dem Untersuchungsergebnis von Zimmer (1984). Insofern muß das hier erzielte Therapieergebnis als unter günstigen Bedingungen erzieltes Resultat eingeschätzt werden, das sicher nicht auf jede Patientenpopulation übertragbar ist. Die Auswirkungen des Mentalen Trainings auf die Sexualität sind besonders unter diesem Gesichtspunkt zu relativieren, da bei allen Maßen, die sich auf die Partnerschaft bezogen, die Paartherapie großere Veränderungen erzielen konnte.

Eine weitere Einschränkung bei der Beurteilung der TherapieErgebnisse des Mentalen Trainings liegt in der Tatsache begründet, daß alle Patienten der Einzeltherapie-Maßnahme Partner hatten und diese auch von der Therapie wußten, es also zu partnerschaftlichen Übungen kommen konnte. In der Einzeltherapie wurden die Klienten zwar seltener und weniger direkt zu Verhaltensübungen mit dem Partner aufgefordert, aber implizit waren die mentalen Übungen Anleitungen für neue Verhaltensweisen im Umgang mit dem Partner. Dies ist eine wichtige Einschränkung der Ergebnisse, aber sie ist notwendig, um Enttäuschungen bei der Übertragung der hier erprobten Einzeltherapie auf allein lebende Patienten zu vermeiden. Sicher ist das Mentale Training für die Behandlung dieser Klienten geeignet, aber seine Wirksamkeit ist offen.

Auch die vielfältige inhaltliche Ausgestaltung des Mentalen Trainings bietet einen Ansatzpunkt für die Kritik dieser Untersuchung, da so die beiden Experimentalgruppen als nicht in gleichem Umfang standardisiert angesehen werden müssen. Das Mentale Training ist jedoch ein integratives Verfahren, das eine große Bandbreite der inhaltlichen Ausgestaltung ermöglicht, so daß es individuellen Bedürfnissen gut angepaßt werden kann. Eine zu weit gehende Standardisierung hätte nur den einen Nachteil gegen einen anderen zum Nachteil des Mentalen Trainings ersetzt.

Die hier zutage tretenden methodischen Unzulänglichkeiten mußten im Interesse der Patienten in Kauf genommen werden, und von vornherein war der Praxisnähe Priorität bei dieser Untersuchung eingeräumt worden.

Nicht zuletzt müssen die Ergebnisse auch deshalb kritisch eingeschätzt werden, weil nur Fragebogenmaße zur Beurteilung der Veränderungen vorliegen. Bornemann (1979) bezweifelt aufgrund eigener Erhebungen, daß die Menschen überhaupt in der Lage seien, ihr eigenes Geschlechtsleben objektiv und wahrheitsgetreu zu beschreiben. Die Gefahr, daß sich ihre Illusionen in den Fragebögen am Ende der Therapie niederschlagen, ist nicht von der Hand zu weisen, aber in den vier Monaten bis zur Nachuntersuchung sollte doch eine entsprechende Desillusionierung eintreten können. Letztlich ging es bei der Untersuchung weniger um objektive Beschreibungen des Sexuallebens als um eine relative Effektivitätseinschätzung einer neuen Methode gegenüber der gut etablierten Paartherapie.

Dieser Punkt dient auch zur Rechtfertigung des Verzichts auf psychophysiologische Messungen und psychophysiolologische Interventionen. Die emotionalen und damit auch die physiologischen Prozesse wurden ausschließlich über sprachliche Beeinflussung zu ändern versucht, und es wurde bei der Einzeltherapie sogar auf die Beeinflussung der direkten Bezugsperson verzichtet. Obwohl dann nach Birbaumer (1982) eine längere Behandlungsdauer oder geringere Stabilität der Behandlungsergebnisse zu erwarten wären, konnte dieser Zusammenhang hier nicht bestätigt werden. "Psychotherapie kann nur dann einen dauerhaften Einfluß auf das Verhalten haben, wenn die physiologischen Grundlagen des gestörten Verhaltens modifiziert werden" (Birbaumer, 1982, 300). Ob das Verhalten in der vorliegenden Untersuchung auf allen drei Ebenen modifiziert und extreme Diskordanzen zwischen den drei Ebenen reduziert wurden, wie es für die erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung gefordert wird, kann hier nicht beantwortet werden.

Anders als bei phobischen und psychosomatischen Störungen im engeren Sinne kann die Quantifizierung der physiologischen Veränderungen bei sexuellen Problemen nicht routinemäßig erfolgen. Und die Anwendung von Biofeedback in diesem Bereich hat bisher auch nur wenig befriedigende Ergebnisse gebracht (Hoon u. a., 1983; Bancroft, 1975). Die hier favorisierte Vorgehensweise läßt andererseits durchaus physiologische Veränderungen über die imaginativen Prozesse erwarten. Wie Lang (1979) zeigen konnte, verändern sich die mit bestimmten Emotionen verbundenen physiologischen Muster durch die vom Therapeuten induzierte Imagination dieser Emotionen. Aber, "ein Behandlungserfolg ist erst dann ein Behandlungserfolg, wenn er sich auch im Bereich der physiologischen Ebene nachweisen läßt" (Birbaumer, 1982, 301). Die hier vorliegenden Ergebnisse des Mentalen Trainings können immer nur in Relation zur Paartherapie verstanden werden.

Trotz dieser Einschränkungen kann als Resultat dieser Untersuchung die Einzeltherapie bei sexuellen Funktionsstörungen empfohlen werden, wenn sich die Partner nicht auf eine Paartherapie verständigen, und das Mentale Training kann im Rahmen einer Kombinationsbehandlung sehr wohl die Nachteile der Paartherapie abmildern helfen, ohne daß dadurch deren Vorteile verloren gehen. Darüber hinaus erlaubt das Mentale Training die Behandlung strittiger Punkte, wie die sexuellen Phantasien und sexuelle Bereicherung, ohne die von manchen Experten befürchteten Effekte, wie erhöhten Leistungsdruck.

Für die strittige Frage der Bedeutung von Partnerschaft und sexueller Beziehung bei sexuellen Funktionsstörungen ergibt die vorliegende Untersuchung wenig Aufklärung.

Viele klinische und empirische Befunde weisen eine enge Beziehung zwischen der Qualität der Partnerschaft und der Sexualität aus, wobei es Hinweise gegen eine ursächliche Rolle von Beziehungskonflikten bei sexuellen Funktionsstörungen (Raboch, 1981; Hartman, 1980; Brender, 1983) und

Hinweise für eine enge Beziehung zwischen Partnerschafts- und Sexualproblematik gibt (Schnabl, 1975; Mc Goren, Stewart und Lo Piccolo, 1975; Fliegel, Neumann und Paar, 1984). Viele Untersuchungsberichte legen Wechselwirkungen in der Qualität von Partnerschaft und Sexualität nahe, ohne daß sie einseitige ursächliche Schlußfolgerungen erlauben (Schindler, 1981; Arentewicz und Schmidt, 1980; Hahlweg, Schindler und Revenstorf, 1982).

Die Komplexität dieses Sachverhalts zeigte sich auch in der Untersuchung von Hartman (1983). Danach ist zwar Sexualtherapie bei Paaren mit sexuellen Funktionsstörungen die Therapie der Wahl, Partnertherapie allein ist unzureichend und eine Kombinationsbehandlung zeigt nur in manchen Maßen bessere Ergebnisse; und dabei unterscheiden sich die Geschlechter: für Frauen scheint die Sexualtherapie wichtiger zu sein, Männer bevorzugen zunächst die Partnertherapie (vgl. auch bei der vorliegenden Untersuchung die Neigung der Männer zur Paartherapie).

In der hier dargestellten Untersuchung konnte die Erwartung nicht bestätigt werden, daß eine bessere Beziehung weniger sexualtherapeutische Sitzungen erfordern würde: es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen den Werten im Partnerschaftsfragebogen (PFB) und der Therapiedauer.

Wie die Sexualität, so ist auch die Partnerschaft, besonders die Institution Ehe, einem Wertewandel unterworfen (Fischer, 1983), so daß sich zukünftig das Spektrum von Einstellungen und Verhaltensweisen bei den Klienten erweitern wird und die Therapie mehr denn je individuell ausgeschaltet werden muß.

Diese Voraussetzung erfüllt das Mentale Training und besonders gut die Kombinationsbehandlung, die nicht nur formal die Vorteile beider Behandlungsalternativen miteinander verband, sondern auch inhaltlich für die Bearbeitung von Partnerproblemen und individuellen Schwierigkeiten gleichermaßen

maßen geeignet war, was unter anderem in der Bevorzugung dieser Behandlung durch die Partner der Patienten zum Ausdruck kam (vgl. Partner-Abschlußbefragung).

Wenn als Ursache sexueller Funktionsstörungen zunehmend "psychovegetative Dysregulationen" (von Schumann, 1984) angenommen werden müssen, die sich parallel zu den sexuellen Funktionsstörungen "in Symptomen wie Unruhezustände, Schweißausbrüche, paroxysmale Tachykardie, Diarrhö, unklare abdominelle Beschwerden, Globus hystericus, Schlafstörungen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit oder gemindertes Durchhaltevermögen" (von Schumann, 1984, 395) manifestieren, dann kommt einer Behandlung, die psychovegetativ stabilisierend wirkt wie das Mentale Training (VEV, FPI), zunehmend größere Bedeutung für diese Problematik zu.

Es erscheint mir allerdings fraglich, ob es notwendig ist, ein (neues) Krankheitsbild, psychovegetative Dysregulation, zur Erklärung heranzuziehen; meines Erachtens ist es ausreichend, vom Streß des modernen Lebens in unserer Gesellschaft zu sprechen: beispielsweise wird (zunehmend) ein Ambivalenzkonflikt geschürt, in dem die (öffentlich angeregte) Sexualität mit einer Vielzahl von Interessen konkurrieren muß, Freizeitinteressen wie Sport, Kulturveranstaltungen, Fernsehen, Festivitäten, Reisen usw. Der Sexualität wird oft eine zu geringe Priorität eingeräumt, worin Kilmann und Mills (1983) auch die Ursache für viele Therapie-Mißerfolge oder Rückschläge sehen.

Somit sind für die Sexualtherapie nicht nur die speziellen Grundeinstellungen zur Sexualität von Bedeutung, sondern es müssen übergeordnete 'Pläne' aufgedeckt und bearbeitet werden, nimmt man eine hierarchische Struktur der Verhaltenssteuerung an, wie dies Miller, Galanter und Pribraun (1970, dt. 1973) formulierten. Und es genügt dann nicht mehr die Bearbeitung von Coping-Strategien, sondern diese müssen mit der bestehenden Planstruktur abgestimmt werden, damit sie überhaupt zum Einsatz kommen können.

Diesem Ansatz entsprechen Überlegungen, die die Sexualtherapie als Prozeß der Skript-Veränderung beschreiben (Jemail und Geer, 1977; Wilson, 1978), wobei die sexuellen Skripts ein 'Unterprogramm' der allgemeinen sozialen Skripts darstellen. "Particular attention is payed to the integration of covert and overt aspects of the scripts" (Gagnon, Rosen und Leiblum, 1982, 44; vgl. das diagnostische Vorgehen zur Beschreibung der 'Planstruktur' des Klienten bei Caspar und Grawe, 1982-5).

Das Mentale Training stellt meines Erachtens ein Behandlungsverfahren dar, das diesem Konzept gerecht werden kann. Im Mentalen Training können Grundannahmen und übergeordnete Pläne, wie auch Persönlichkeits-, situative und Interaktionsvariablen berücksichtigt werden.

2.3.5.2 Wirkfaktoren

Die unspezifischen Wirkfaktoren, im wesentlichen der persönliche Kontakt zwischen Klient und Therapeut, erklären einen großen Teil eines jeden Therapieerfolgs, wie man aus Vergleichsuntersuchungen zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (Sloane u.a. 1975) und aus den (mehrfach nachgewiesenen) Erfolgen von Laien (Strupp und Hadley, 1979) schließen muß. Manche Autoren setzen die nichtspezifischen Wirkfaktoren mit dem Placeboeffekt gleich, ohne daß darunter ein einzelner Wirkfaktor verstanden werden kann; nach Birbaumer (1982) gehören hierzu vor allem "Erwartungen des Patienten an den Therapeuten, Erwartungen des Therapeuten an den Klienten, das aktuelle Verhalten des Therapeuten, Sympathie und Antipathie zwischen Klient und Therapeut, die physikalische und soziale therapeutische Situation, Vorinformationen von Klient und Therapeut usw." (300).

Aufgrund von Vergleichen mit Heilungsritualen in primitiven Kulturen nennt Blaser (1982) vier Grundbedingungen für unspezifische Effekte:

- Die Entwicklung eines plausiblen Modells im Klienten zur Erklärung der Problematik (vgl. die jeweils erste Sitzung der Einzeltherapie mit Mentalem Training).
- Echtes Interesse für den Klienten (das bei einer wissenschaftlichen Untersuchung gegenüber dem Therapie-Alltag gesteigert sein dürfte; vgl. den oben angesprochenen Leistungsdruck).
- Die Förderung von Hoffnung (vgl. den großen Anteil von Bewältigungsvorstellungen und die Erfolgssuggestion beim Mentalen Training).
- Verwendung von 'irgendwelchen' Techniken (vgl. das Vorgehen im Mentalen Training in vier Phasen, das immer von einer Entspannungsinduktion eingeleitet wird).

Wären nicht einige spezifische Effekte, könnte man meinen, die Einzeltherapie mit Mentalem Training sei ausschließlich durch 'Placebowirkung' zu erklären. Zwar unterscheiden sich die Paar- und die Einzeltherapie in vielen Maßen nicht wesentlich voneinander, aber in den sexuellen Maßen waren doch beide der Kontrollgruppe deutlich überlegen.

Die folgenden Fragebogen lassen Aussagen auf Wirkmechanismen des Mentalen Trainings zu:

VEV - Das Mentale Training bewirkt, anders als die Paartherapie, Entspannungseffekte, die einer Entspannungstherapie entsprechen.

FUSS - Es können mit dem Mentalen Training sexuelle Fertigkeiten entwickelt und Ängste im Sexualbereich in größerem Ausmaß als in der Paartherapie oder in der Entspannungstherapie abgebaut werden.

SII - Die Veränderungen durch das Mentale Training gehen weit über die therapeutische Wirkung des Fragebogens allein hinaus (vgl. Kontrollgruppe) und fördern eine offene Einstellung zur Sexualität und die Abstimmung der Partner

untereinander, was nach einer Untersuchung von Hoch u. a. (1981) als Voraussetzung für die selbständige Bewältigung von Problemen im sexuellen Bereich angenommen werden kann.

PFB - Die partnerschaftliche Kommunikation wird durch die Paartherapie besser gefördert als durch die Einzeltherapie, am wenigsten jedoch durch die Entspannungsmaßnahme.

IPC - Das Mentale Training fördert mehr als die anderen Bedingungen die Überzeugung der Klienten, daß sie ihr Leben selbst bestimmen können.

FSV - Paar- und Einzeltherapie bewirken gleichermaßen große Veränderungen im sexuellen Verhalten.

Für die Beantwortung der Frage nach der spezifischen Wirkung des Mentalen Trainings können zwei Erklärungsansätze hilfreich sein:

a) Emotionale Stimulierung und Gefühlsüberflutung
b) Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen

Die Gestaltung des Mentalen Trainings war nicht auf emotionale Überflutung ausgerichtet, doch in einigen Fällen waren überraschend dramatische Reaktionen sichtbar geworden, so z. B. die Erinnerung von Vergewaltigungserlebnissen und das Wieder-in-Gang-kommen der 'photographischen' Vorstellungsfähigkeit eines Patienten, begleitet von einer guten Erektion, was beides nicht mit den erarbeiteten Bewältigungshilfen erklärt werden konnte.

Emotionale Stimulation und Überfluten der Gefühle sind allerdings auch als zentrale Vorgehensweisen aus Heilansätzen primitiver Kulturen und vieler moderner psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen bekannt:
- Imaginative Therapieansätze, z. B. in der Gestalttherapie, im Psychodrama, bei der Implosionstherapie und der Hypnose.

- Körpertherapien, z. B. organische Integration, Bioenergetische Analyse und Gestaltungstherapie.
- Kognitiv orientierte Methoden, wie die Trauertherapie, Methoden der Selbstkonfrontation und der Jungsche Ansatz zum emotionsgeladenen Traumbild.

Dabei sind die Begriffe der unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen sehr verschieden, viele therapeutische Ansätze weisen einen kognitiv-rationalen Zuschnitt auf, aber der Ausdruck von Gefühlen, Wiedererinnern, Abreaktion und Katharsis laufen als Nebenprozesse mit ab.

Beispielhaft wegen der sexuellen Thematik dieser Arbeit soll hier eine Methode emotionaler Stimulierung mit ganz eigenen Begriffen kurz erläutert werden, die Arbeit von Wilhelm Reich. Reich (1972, 1974) ist einer der Pioniere der Sexualwissenschaft; er hatte ursprünglich versucht, die Theorien von Marx und Freud in Einklang zu bringen und ging später von einer elementaren Lebensenergie, der 'Orgonenergie' aus. So eigenartig seine Theorien anmuten und so viele Feinde er sich geschaffen hat, so wichtig ist doch sein Einfluß auf verschiedene moderne therapeutische Ansätze.

Nach Reich können Verhaltensweisen und gefühlsmäßige Erlebnisse Muskelreaktionen verursachen, die den Energiefluß blockieren und zu muskulären Verhärtungen, dem 'Charakterpanzer' führen. In ihnen spiegelt sich die Persönlichkeit und die emotionale Entwicklung. Zentrale Aufgabe des Therapeuten ist es, den Muskelpanzer aufzubrechen, um das ungehinderte Pulsieren der Bioenergie im Körper zu ermöglichen. Mit Hilfe von Massage und tiefer Atmung soll der Patient befähigt werden, sich mehr durch den Körper als durch Worte auszudrücken. In verschiedenen Segmenten wird der Körper von Panzerungen beeinflußt, wobei das Becken das wichtigste Segment darstellt. Erst die Lösung des Beckenpanzers ermöglicht eine volle genitale Sexualität, Reichs sine qua non eines gesunden Menschen.

Reich wollte mit einer besonders umstrittenen Methode, der manuellen Körpertherapie, Emotionen freisetzen und dadurch die Persönlichkeit verändern. Diesen bleibenden Effekt, der über ein kathartisches Erlebnis hinausgeht, erklärt Olsen (1980) für die Überflutungstechniken generell damit, daß es sich bei den unterdrückten Gefühlen nicht um eine einzelne Emotion handelt, die z. B. mit einem traumatischen Erlebnis verbunden ist: "Vielmehr ist die gesamte Skala der möglicherweise erreichbaren emotionalen Reaktionen bis zu einem gewissen Grade abgestumpft. Demnach kann jemand, der keinen heftigen Ärger spüren kann, auch Freude nicht intensiv erleben und umgekehrt. Die gesamte Gefühlsskala ist beeinträchtigt, ist, in Ermangelung eines besseren Wortes, unterdrückt worden, jedes einzelne Gefühl ist gedämpft.

Gelingt es einer Emotion, den verhärteten Charakter zu durchfluten, ist, therapeutisch gesehen, für alle anderen Gefühle die Chance größer, sich ebenfalls zu entfalten. Die Möglichkeit des uneingeschränkten emotionalen Erlebens wird aktiviert. Wenn sich jemand völlig auf seine Emotionen konzentriert, werden Projektionen abgeschwächt und Verleugnungsmechanismen wird der Boden entzogen - die klassische Abwehrstruktur zerfällt". (Olsen, 1980, 15).

Beim Mentalen Training ist die emotionale Stimulierung - in ganz anderer Art und Weise als bei W. Reich - ein wichtiger Schritt in der therapeutischen Sitzung, der die Freisetzung von Gefühlen erlaubt und insofern anders als bei der Paartherapie für die therapeutischen Effekte (mit) verantwortlich gemacht werden kann.

Nach dem Rational dieses Verfahrens, verglichen z. B. mit der Arbeit von Reich, liegt der Schwerpunkt des Therapiegeschehens jedoch auf dem Bewältigungs-Schritt, dessen Wirkung mit der Theorie der Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen nach Bandura (1982) erklärt werden kann.

Verhaltensänderungen erklärt Bandura mit systematischer Übung, also direkten Erfahrungen zum Verhalten und zur Verhaltensänderung, und mit vermittelnden Kognitionen, Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen, die durch die therapeutische Übung beeinflußt werden, und deren Veränderung die Verhaltensänderung bewirkt.

"Gelernte Hilflosigkeit, die auf der Erwartung beruht, daß man bestimmte Verhaltensfolgen nicht erhält, obwohl sie einem eigentlich zustehen, kann dadurch durchbrochen werden, daß die Bedingungen der sozialen Umwelt sich ändern oder dadurch, daß man selbständig seine soziale Umwelt wechselt oder versucht, sie zu verändern. Gelernte Hilflosigkeit, die auf der Erwartung beruht, daß man nicht in der Lage ist, das Verhalten auszuführen, von dem man weiß, daß es zu einem erwünschten Ergebnis führt, läßt sich dagegen dadurch abbauen, daß man Schritt für Schritt das Verhalten trainiert.

In beiden Fällen ist es allerdings entscheidend, daß das Verhalten überhaupt wieder ausgeführt wird, denn sonst lassen sich weder Änderungen der sozialen Umwelt noch Änderungen des eigenen Verhaltens feststellen und der Zustand der gelernten Hilflosigkeit bleibt unverändert bestehen." (Mielke, 1984, 172).

Im Mentalen Training können die Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen derart beeinflußt werden, daß das Vermeidungsverhalten seine Funktion verliert; der Klient kann sich auf seine Situation einlassen, wenn er erwartet, der Situation gewachsen zu sein und mehr noch, er verhält sich sicher, wenn er glaubt, die Situation meistern zu können. Zusätzlich wird das Ausmaß der Anstrengung und das 'Durchhalten' angesichts widriger Umstände durch die Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen beeinflußt (Carver und Scheier, 1981), was zur Eliminierung des Vermeidungsverhaltens beiträgt.

Das Mentale Training fördert zwar weniger als die Paartherapie die direkte Übung, aber es kann zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden gezählt werden, die in der Literatur als besonders geeignet zur Modifikation von generalisierten Erwartungen genannt werden (Krampen, 1985). Tatsächlich zeigen sich im IPC-Fragebogen Veränderungen nur in der Einzeltherapie mit Mentalem Training, die im Sinne der Theorie der Selbst-Wirksamkeits-Erwartungen interpretiert für die positiven Verhaltensänderungen verantwortlich gemacht werden können.

Für die Wirkungsweise des Mentalen Trainings gilt, wie Meichenbaum (1977, 1978) die Veränderungen in jeder (imaginativen) Therapie erklärt:

"1. The sense of control that the client develops because of the monitoring and rehearsing of various images both in therapy and in vivo.
2. The changed meaning or altered internal dialogue that precedes, accompanies, and follows instances of maladaptive behavior. The imagery exercises couched within particular conceptualization contribute to this altered meaning or translation process.
3. The mental rehearsal of behavioral alternatives that contribute to the development of coping skills.

Each of these psychological processes influences the various phases of behavior change that have been previously described: The sense of control, altered meaning, and mental rehearsal influence what behaviors the client will attend to, what he says to himself or images when he notices instances of his maladaptive behaviors, what adaptive behaviors he emits, and finally, his evaluations of the consequences of trying the new behaviors." (Meichenbaum, 1978, 392)

Zusammenfassend kann das Mentale Training als mögliche Behandlungsalternative zur Paartherapie bezeichnet und aufgrund der Ergebnisse der Kombinationsbehandlung auch seine

Integration in die Paartherapie empfohlen werden, obwohl Aussagen über seine Wirkfaktoren vage bleiben müssen.

Trotz der dargestellten Problematik von Erfolgsaussagen kann bei Verwendung eines komplexen (seriösen) Maßes der Sexualerfolg, bestehend aus Veränderungen im FSV (1, 3, 5, 6), im FPB (2, 3) und im SII-G, in der Einzeltherapie mit Mentalem Training dem in der Paartherapie gleichgesetzt werden. Die Partner bestätigten diesen erzielten Erfolg und die Nachuntersuchung zeigte, daß diese Veränderungen stabil blieben. Geschlechts-, schicht- und behandlungsinstituionspezifische Wirkungen konnten nicht festgestellt werden.

Die Abschlußbefragung konnte die Überlegenheit der Paartherapie bei der Förderung der Kommunikation unterstreichen (vgl. auch PFB), während das Mentale Training hinsichtlich der Reduzierung der Versagensangst besser abschnitt (vgl. and FUSS).

Die hier ermittelten Erfolgsquoten geben keinen Anhaltspunkt für die allgemeine Bevorzugung einer der drei Behandlungsalternativen bei der Therapie sexueller Funktionsstörungen. Vielmehr muß der Therapeut inhaltlich entscheiden, ob es im Einzelfall eher um die persönliche Entwicklung des Symptomträgers "allein" geht oder um die Förderung der Beziehung beider Partner oder um die Erschließung lustfördernder Bedindungen und die Fähigkeit lustvollen Genießens.

2.3.5.3 Hypnose

Da das Mentale Training als imaginative Methode eine große inhaltliche Nähe zur Hypnotherapie aufweist, die in den letzten Jahren wieder zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, soll auch dieser Therapieansatz hier kurz diskutiert werden.

Nach Aroaz (1982) ist Hypnose die Erfahrung einer fokussierten Konzentration bei minimierter Kritik, Logik und

sequentiellem Denken. Es ist eine Methode des kognitiven Umstrukturierens. Je intensiver die verdeckten Techniken sind, je lebendiger der sensorische Bezug und die bildliche Vorstellung, um so mehr handelt es sich bei einer Therapie um Hypnose. Araoz meint, daß sich viele Therapeuten ihrer hypnotherapeutischen Arbeit gar nicht bewußt seien, weil sie Hypnose nur als eine traditionelle, rituelle Methode verstehen. Beispielsweise sei es schier unmöglich, einen wirklichen Unterschied zwischen den hypnobehavioralen Modell von Kroger und Fezler (1976) und den 'covert procedures' von Cautela (1967, 1970) auszumachen. Hypnose ist eben kein alles-oder-nichts-Phänomen.

Araoz unterscheidet auch nicht zwischen Kognitionen und Imaginationen, wie z. B. Lazarus (1976); Denken schließt innere Bilder mit ein, geistige Grundannahmen sind mit geistigen Bildern verbunden. Was hier mit innerem Bild gemeint ist, nennen Bandler und Grinder (1981) 'Modell', die geistige Repräsentation der Welt.
Diese Unterscheidung zwischen der Welt und ihrem Modell oder ihrer Repräsentation beim Klienten ist für die Therapie sehr wichtig, weil "die Prozesse, die uns Überleben, Wachstum, Wandel und die Erfahrung der Freude ermöglichen, uns gleichzeitig ermöglichen, ein eingeschränktes Modell der Welt aufrechtzuerhalten" (Bandler und Grinder, 1981, 35). Und sie nennen drei allgemeine Mechanismen, die dafür verantwortlich sind, "daß verschiedene Menschen, die derselben Welt gegenüberstehen, so unterschiedliche Erfahrungen machen" (Bandler und Grinder, 1981, 34) und unterschiedlich vielseitige Modelle von der Welt entwickeln: Generalisierung, Tilgung und Verzerrung.

In der Hypnose sollen die vertrauten kognitiven Funktionen des Klienten unterbrochen werden. Da die Hypnose die Konzentration auf einen Inhalt möglich macht und andere Inhalte ausgeschlossen werden können, kann sie geeignet sein, dem Klienten zu helfen, sein inneres Modell(bild) zu ver-

ändern, indem er Prozesse der Übergeneralisierung, Übertilgung und Überverzerrung beendet. Wenn das Modell an Vielseitigkeit gewinnt, können sich neue Wahlmöglichkeiten ergeben. Macht der Klient in der Hypnose neue Erfahrungen, werden diese auch neue Einstellungen und neue Verhaltensweisen nach sich ziehen.

Araoz (1982) postuliert weiter zwei Grundannahmen für die Hypnose in der Sexualtherapie:
- mit Bezug auf Erickson (1978, 1981): Menschen wissen mehr als sie denken, und sie wissen mehr und verfügen über mehr innere Ressourcen als sie realisieren;
- auch in der Hypnose ergeben sich Veränderungen eher schrittweise als plötzlich und dramatisch.

Dieses Grundverständnis eröffnet der Sexualtherapie viele neue Vorgehensweisen; Araoz kennt 40 therapeutische Techniken, wovon das Mentale Training (eng gefaßt) eine wichtige ist: "In the area of sexual functionning, hypnosex ... is basically hypnotic mental rehearsal .... Consequently, the couples are taught to experience themselves in the future by means of mental rehearsal, enjoying the reality of joyful sex which will be theirs. All inner sense are involved in this mental exercise, lingering on every pleasurable touch and sensation, on every enjoyable smell and taste, on every pleasant sight and feeling .... It should be stressed that they must practice this exercise on their own, both alone and as a couple, doing it in great detail, including all circumstances surrounding the positive sexual experience, such as the place where they see themselves, the time of day, food or drings they may be sharing, music playing, incense or perfume in the room, etc." (Araoz, 1982, 121).

Vor der Sexualtherapie muß die Haltung des Klienten zu seinen sexuellen Schwierigkeiten, das was der Patient sich diesbezüglich selbst sagt, genau erfaßt werden, um 'negative

Selbsthypnosen' aufzudecken, womit Araoz (1982) häufige Phänomene der Autosuggestion, des negativen Selbstgesprächs und der selbstinduzierten defätistischen Vorstellung von 'hypnotischer Macht' meint, die er mit 'irrationalen Ideen' nach Ellis (1983) und dem 'spectatoring' nach Masters und Johnson (1970) teilweise gleichsetzt und die den Therapieprozeß sabotieren, wenn sie unentdeckt bleiben.

Ein anderes klinisches Beispiel, das hypnotherapeutische und verhaltenstherapeutische Elemente verbindet, stellt die Beschreibung von Porter (1978) dar. Trotz der Formulierung in hypnotherapeutischen Begriffen, ist die Parallelität zum hier vorgestellten Mentalen Training nicht zu übersehen:

- ich-stärkende Suggestionen werden mit suggestiven Formulierungen der rational-emotiven Therapie verbunden
- Erfolgsvorstellungen werden auf konkretes Verhalten bezogen
- Instruktionen werden gegeben zu Empfindungsübungen und zu täglicher Selbsthypnose "to reinforce success imagery and release tension - related inhibiting influences" (a.a.O.,37)
- positive Reizbedingungen, wie körperliche Entspannung im Bett, positive Verstärkung und häufige Verhaltensweisen nach dem Premack-Prinzip werden systematisch miteinbezogen.

Bei genauer Betrachtung ist zwischen Hypnose und anderen kognitiven Therapien und dem Mentalen Training der vorliegenden Untersuchung keine klare Abgrenzung möglich; je nach Standort eines Therapeuten, der Definition von Hypnotherapie und der inhaltlichen Ausgestaltung wird das Mentale Training eher als hypnotherapeutisches oder eher als verhaltenstherapeutisches Verfahren bezeichnet werden können. Vielleicht war der Akzent beim Mentalen Training hier etwas mehr auf direkte rationale Anleitung gesetzt, aber emotionale Stimulierung und Abreaktion (die nach Kline (1980) in der Hypnose eine Entspannung mit bleibendem therapeutischen Wert bewirkt), inneres Erfahren neuer Verhaltensweisen, Aufdecken negativer Selbstgespräche gehören ebenso zu diesem integrativen Therapieverfahren.

Diese Einordnung hilft bezüglich des Wirkungsverständnisses auch nicht weiter, da die Frage der Wirkungsweise für die Hypnotherapie auch nicht geklärt ist. "Unklar ist nach wie vor, welche Mechanismen für die unter Hypnose auftretenden psychischen und physiologischen Veränderungen verantwortlich sind" (Vaitl, 1982, 168).

Wahrscheinlich wird das von Revenstorf (1984) für die Einbeziehung von Kognition und Affekt in die Verhaltenstherapie vorgeschlagene Modell eines doppelten Systems der Informationsverarbeitung der Komplexität des Mentalen Trainings am besten gerecht. Darin wird davon ausgegangen, "daß Situationen sowohl emotional wie kognitiv überprüft werden und jeweils Entscheidung und Handlungsentwurf erfolgen. Die nonverbale Verarbeitung ist größtenteils unbewußt und sehr schnell und zieht unmittelbares Ausdrucksverhalten nach sich ... Die emotionale (gefühlsmäßige, affektive, intuitive) Verarbeitung führt zu einer nonverbalen Repräsentation des Erlebens, die außer den externen Sinneswarnehmungen solche der eigenen Körperreaktion umfaßt. Diese nonverbale Repräsentation wird im Gedächtnis gespeichert und ist später abrufbar.

Durch die verbale Verarbeitung wird die Situation benannt. Diese Benennung ist immer eine Verkürzung der Situation, weil Worte im Gegensatz zu Vorstellungen nur sehr begrenzte Informationen wiedergeben können. Häufig auftretende gleichsinnige Selbstverbalisierungen werden zusammengefaßt zu übergeordneten Einstellungen, Erwartungen und Ideen. Diese werden im Gedächtnis abgelegt. Sie stellen einen Teil des Handlungsprogramms dar, aus dem das Individuum passende Selbstverbalisierungen für aktuelle Situationen bezieht" (a.a.O., 15).

Nach diesem Modell können die bekannten Interventionsmethoden danach unterschieden werden, ob sie die kognitive oder emotionale Informationsverarbeitung fördern oder wie das Mentale Training versuchen, beide Informationsverarbeitungsprozesse zu beeinflussen.

3. Ausblick

Trotz der großen Fortschritte der Sexualtherapie bleiben fundamentale Probleme.

Die Diagnosen sind ungenau und nur in der partnerschaftlichen Beziehung definiert. Eine Person mit minimalem sexuellem Interesse ist nicht dysfunktional, wenn das Interesse ihres Partners auf ähnlichem Niveau liegt, und entsprechendes gilt für Personen mit 'unstillbarem' sexuellem Bedürfnis. Da es an eindeutigen Kriterien fehlt, sind die Therapeuten bei der praktischen Arbeit in Gefahr, ihre eigenen Vorstellungen einer 'gesunden' Sexualität in die Behandlung einfließen zu lassen und wie Pervin und Leiblum (1980) meinen, geht ihr Denken in die Richtung "mehr ist besser".

Auch das heutige Modell 'normaler' Sexualität muß hinterfragt werden; das physiologische Modell der sexuellen Funktion von Masters und Johnson (1966) ist nicht mehr adäquat. Anstelle der Phasen Erregung, Plateau, Orgasmus und Rückbildung schlagen Wissenschaftler, wie Apfelbaum und Zilbergeld, Modelle mit psychologischen Komponenten vor, z. B. Interesse, Erregung, physiologische Bereitschaft, Orgasmus, Befriedigung (Zilbergeld und Ellison, 1980). Ein solches Modell wird dem eher gerecht, was die Sexualtherapeuten im allgemeinen heute als das Problem betrachten und wie es behandelt werden sollte. "Something important was missing in the conceptual apparatus and in the treatment approaches - a concern for the subjective elements of sex" (Zilbergeld und Ellison, 1980, 66).

Unsicherheit besteht auch bezüglich der Ätiologie sexueller Funktionsstörungen. Die Sexualtherapie nimmt nicht unbedingt Bezug auf die ursächlichen Bedingungen der Störung. Glücklicherweise ist es möglich, mit solch pragmatischem Vorgehen erfolgreich zu sein und Behandlungsfortschritte ohne ein entsprechendes Verständnis der Störung zu erzielen.

Wie schon ausgeführt, kann man ganz allgemein davon ausgehen, daß die Sexualität eines Menschen Ausdruck seiner Persönlichkeit ist und daß die sexuelle Beziehung Ausdruck der partnerschaftlichen Beziehung ist, aber nicht selten kommt es vor, daß das eine nicht zum anderen paßt. "Sexual functionnig and interpersonal relationships ar individually complex. Is there any reason why we should find a lesser degree of complexity in the relationships between them?" (Pervin und Leiblum, 1980, 381).

Was das sexualtherapeutische Vorgehen betrifft, so existieren zwar eine Reihe spezifischer Maßnahmen, aber ein allgemeines Rational für die Auswahl der Methoden und eine allgemeine Erklärung für Fehler bleiben noch zu entwickeln. Welchen Stellenwert sollte der Sexualität im allgemeinen psychischen Funktionieren des Menschen und der symptomatischen Behandlung eines Sexualproblems zukommen? Hier scheiden sich psychoanalytisches und verhaltensorientiertes Verständnis. Ersteres ist zwar durch die Erfolge der direkten Sexualtherapie kritisiert worden, aber wie können die schwierigeren Fälle erklärt werden? Wird ein psychoanalytisches Verständnis relevant, wie es heute unter deutschen Sexualwissenschaftlern verbreitet ist (Sigusch, 1984; Arentewicz und Schmidt, 1980; Schorsch u. a. 1985), wenn weniger der Leistungsaspekt und mehr subjektive Komponenten der Sexualität in der Therapie angegangen werden müssen? Eine Kombination aus direkter Sexualtherapie und psychoanalytischem Ansatz forderten auch amerikanische Experten, um die Effektivität zu erhöhen (Schuhmacher, 1977). Dagegen kann Ellis (1980) als Beispiel angeführt werden für die Veränderung sexuellen Verhaltens über die Beeinflussung der Persönlichkeit, ohne daß psychoanalytische Konzepte übernommen werden müssen. Meines Erachtens verspricht eine Integration von Verhaltens- und Hypnotherapie in der Sexualtherapie größere Effektivität. Dies bestätigt auch eine sehr umfangreiche Untersuchung von Obler (1982), in der Einzeltherapie mit hypno- und verhaltenstherapeutischen Elementen mit der

Paartherapie nach Masters und Johnson und einer Kontrollgruppe verglichen wurde. Die positiven Effekte der Therapiegruppen unterschieden sich bis zur Nachuntersuchung nach vier Jahren in der sich die integrative Einzeltherapie als stabiler erwiesen hatte.

Obwohl die Psychoanalyse mit der Geschichte von Sexualwissenschaft und Psychotherapie so eng verbunden ist, wurden doch die meisten therapeutischen Techniken der Sexualtherapie von der Verhaltenstherapie übernommen. Die meisten sexualtherapeutischen Methoden wurden erst realisiert, nachdem sie allgemeines Thema der Klinischen Psychologie geworden waren, wie Kognitionen und Imaginationen. So könnte auch die Bearbeitung von 'Widerstand' zukünftig relevant werden - und das wäre dann gewissermaßen ein psychoanalytischer Beitrag zur Sexualtherapie. "Über den Begriff 'Widerstand' mag man streiten, Widerstandsphänomene sind aber auch aus Verhaltenstherapien nicht wegzuleugnen", stellt Caspar (1985, 515) fest und begegnet damit der Neigung der Verhaltenstherapeuten, unbewußte Prozesse zumindest zu ignorieren. Therapiepraktische Annahmen, wie Beck's 'automatische Gedanken', Untersuchungen zur Hemisphären-Spezialisierung und die experimentellen Befunde zur Hypnose tragen nach Hartman (1983) dazu bei, daß der möglichen Bedeutung unbewußter Prozesse zunehmend mehr Beachtung geschenkt wird.

Tatsächlich taucht das Widerstandsphänomen inzwischen nicht mehr nur in psychoanalytischer Literatur auf und ein Umgehen des Widerstandes gilt vielen Sexualtherapeuten als geeignete Verfahrensweise (McWhirter und Mattison, 1980; Zilbergeld und Ellison, 1980). Fliegel und Walsheim nennen als Verhaltensmöglichkeiten des Therapeuten das nochmalige Besprechen von Sinn und Inhalt der Übungen "bei gleichzeitigem klientenzentriertem Eingehen auf die auftretenden negativen Gefühle" (1983, 225) und Einzelsitzungen. Heiman, Lo Piccolo und Lo Piccolo (1981) schlagen zusätzlich ein Kontraktmanagement vor, das bei Nichteinhalten von Vereinbarungen zu finanziellen

Einbußen führt. "This type of procedure seems to be a 'booster' to help people going through the course of therapy" (a.a.O., 616). Pervin und Leiblum (1980) bezweifeln, daß man damit dem Widerstandsphänomen in der Therapie ausreichend gerecht wird, ohne selbst produktivere therapeutische Verhaltensweisen vorschlagen zu können. "The point here is that the handling of resistance is a problem of increasing concern to sex therapists, a problem whose solution often makes for the difference between succes and failure" (Pervin und Leiblum 1980, 386).

Widerstand darf nicht die Unzulänglichkeit therapeutischen Vorgehens in schuldhaftes Verhalten der Klienten umdeuten. "Wenn 'Widerstand' zum großen Teil daraus resultiert, daß ein Klient mit begreiflicherweise begrenzter Flexibilität sich nicht auf ein gegebenes Angebot einstellen kann, dann ist es am Therapeuten, vermehrt den Klienten als gegeben anzusehen und ihm ein flexibleres Angebot zu machen, das seinen Möglichkeiten entspricht" (Caspar, 1982, 454). Auch Hartman (1983) will vom psychoanalytischen Verständnis des Widerstands als Vermeidung, sich Erinnerung oder Konflikte bewußt zu machen, weg, orientiert sich am Gebrauch des Begriffes 'Widerstand' in der Immunologie und rät, auf den Anpassungswert des Widerstands in seinem psychologischen Manifestationen zu achten.

Wie schwierig diese Thematik ist, zeigt sich an der 'Sexuellen Luststörung', einer Problematik, der Kaplan (1981) großen Widerstand und geringen Erfolg zuordnet. Apfelbaum und Apfelbaum (1984) machen für diese Beobachtung von Kaplan jedoch die besonders von ihr vertretene 'Selbstverantwortungs-Doktrin' verantwortlich, die die negative Reaktion der Unlust disqualifiziert. Sie selbst sehen diese Unlust als einen Rückzug besonders empfindsamer Personen an, wenn sie zu positiven sexuellen Reaktionen gedrängt werden. Und solchen Druck sehen sie durch eine allgemein vorherrschende Meinung erzeugt, die auch die meisten Therapeuten teilen.

Was die Luststörung so unveränderbar zu machen scheint, ist lediglich die Tatsache, daß die Versuche zur Entfaltung der Sexualität diese Reaktionsangst intensivieren können. Apfelbaum und Apfelbaum sehen bei entschiedener Zurücknahme des Reaktions-Druckes eine Möglichkeit zur Umdeutung, die es dem Patienten erlaubt, sich nicht als nicht-reagierend, sondern als mit Rückzug auf eine 'Atmosphäre moralischer Zensur' reagierend zu sehen. Solche moralische Zensur sehen sie auch in einer therapeutischen Haltung, die sexuelle Unlust als Fehlen von Verantwortung behandelt. "Approaching the problem on a psychological level offers the opportunity to expand our awareness of sexual reality and of the unrecognized stresses endemic to normal sexuality" (a.a.O., 64).

Entsprechend hat Apfelbaum (1984) die Surrogatpartner-Therapie weiterentwickelt zur 'individual body-work sex-therapy', die besonders darauf achtet, Leistungsangst zu vermeiden, die durch jedes Sexualtraining provoziert wird. Damit unterscheidet sich diese Körpertherapie deutlich von der Arbeit nach Hartman und Fithian (1972) mit ihrem Schwerpunkt auf sexueller Bereicherung. Anders auch als der verhaltenstherapeutische Ansatz mit Surrogatpartnern verfolgt sie nicht das Ziel, den Patienten zu desensibilisieren, sondern ihn effektivere Möglichkeiten des Umgangs mit Ängsten zu lehren. "This requires us to avoid desensitization" (48). So werden auch keine Bemühungen zur Entspannung in der Sitzung unternommen oder Aufwärmübungen durchgeführt.

Die Behandlung setzt sich aus drei Teilen zusammen: Ganzkörperberührung (sensate focus) durch Patient und 'Paraprofessional', fokussierte genitale Stimulation nur durch die Surrogatpartnerin und Penetration. Die Surrogatpartnerin muß auch zeigen können, wie das Geschehen in der Beziehung zwischen ihr und dem Patienten dazu beiträgt, ob sie sich erregt fühlt oder nicht. "Ideally, she ist free not to be aroused, a capacity which we think of as representing the ultimate working through of response (performance) anxiety" (50).

Für diese Arbeit müssen die Körpertherapeuten, wie Apfelbaum die Surrogatpartner nennt, ausgebildet werden und dann können sie auch als Kotherapeuten in die (kognitiv-verhaltensorientierte) Psychotherapie mit einbezogen werden, in der Video-Aufzeichnungen aus den Körperarbeitsitzungen ausgewertet werden und in der es ebenso darum geht, wie sich die Partner gegenseitig sexuell blockieren, wie um die Art ihrer gegenseitigen sexuellen Anregung. Wenn der Patient verstanden hat, daß sexuelle Erregung eine Reaktion ist, kann er auch einen 'Anspruch' haben auf Ängste und fehlende Erregung. Insofern beinhaltet die Therapie eine assertive Komponente, wobei der Patient nicht nur mit Wünschen umzugehen lernt, sondern auch mit Angst, Zweifel, Ambivalenz, Entfremdung und Mißtrauen. "In general, the egoanalytic approach to body-work therapy has a substantial insight component in which the body-work is used to uncover anxieties rather than to bypass them, and in which the patient might best be thought of as "sensitized" rather than desensitized. This creates an unconventional route to sexual arousal, by broadennig rather than narrowing awareness" (56). Dies scheint mir ein taugliches Beispiel für Körperarbeit und für integrative Therapie zu sein, das einer großen Bandbreite sexueller Probleme gerecht werden kann. Und es liegen dazu immerhin Erfahrungen Apfelbaums mit 407 Patienten aus der Zeit von 1971 bis 1981 vor.

Abschließend möchte ich noch auf ein aktuelles sexualwissenschaftliches Problem, die 'weibliche Ejakulation' eingehen, weil es die Gefahr neuer (höherer) Anforderungen für das sexuelle Erleben und Verhalten beinhaltet.

Bei manchen Frauen tritt während des Orgasmus eine geringe Menge Flüssigkeit aus der Urethra aus, die früher für Urin gehalten wurde. Vieles deutet heute darauf hin, daß es sich nicht um Urin und auch nicht um große Mengen Gleitflüssigkeit oder Sekret der Bartholin-Drüsen handelt, sondern um Sekrete von urethralen oder parauretralen Drüsen. Dieses

Drüsensystem entspricht der Prostata des Mannes, weshalb auch von 'weiblicher Prostata' und 'weiblicher Ejakulation' gesprochen wird. Bedeutsamer als diese Ejakulation, die wohl nur sehr selten vorkommt, ist eine sehr sensible Zone, die Gräfenberg-Zone, die um die Urethra gelegen ist und die mit den urethralen Drüsen in enger Beziehung stehen soll. Durch direkte Stimulation kann diese Zone, der G-Punkt, anschwellen und ein besonders intensives Gefühl des Orgasmus vermitteln, eventuell begleitet von einer 'Ejakulation'. In der amerikanischen Literatur häufen sich die Aussagen, die diese Annahme bestätigen (Weisberg, 1981; Addiego u. a., 1981; Belzer 1981; Perry und Whipple, 1981; Ladas, Whipple und Perry, 1982), während deutsche Sexualwissenschaftler die Bedeutung dieser Zone eher gering einschätzen. "Es ist nicht richtig, wenn amerikanische Autoren den G-Punkt als stärkstes erotisches Zentrum propagieren ... Das entscheidende Organ für den Orgasmus ist das Großhirn - also weder die Vagina noch die Klitoris, noch der G-Punkt oder eine andere erogene Zone" (Eicher, 1984, 533). So wünschenswert es ist, wenn Frauen sich wegen einer 'Ejakulation' nicht zu schämen brauchen, so bedauerlich wäre ein neuer Leistungsdruck für die anderen, nicht-ejakulierenden Frauen. Eine Gefahr neuer Zwänge und Enttäuschungen durch die Propagierung eines besonderen Orgasmuserlebens sehen auch amerikanische Therapeuten (Kilmann und Mills, 1983).

So schön die sexuellen Erlebnisse sein können, sie sind nur ein Teil des Lebens; dies wird durch die 52jährige Partnerin eines Patienten der vorliegenden Untersuchtung bestätigt, deren wunderbares Sexualleben eine Scheidung nicht verhindern konnte. So ist sie nun mit einem Mann, dem Patienten, liiert, der schon seit seiner Jugend Erektionsprobleme beklagt und der nun die Chance hat, eine ganz andere Einstellung von seiner Parternin zu lernen: "Ich hatte fünf Männer in meinem Leben, alle vier vor meinem jetzigen Mann waren längere Beziehungen. Mit allen ist es sexuell sehr gut gelaufen. Ich bin keine Schlafmütze; ich brauch nur daran zu

denken, daß wir miteinander schlafen könnten und schon bin ich erregt. Ich lese auch viel, z. B. jetzt ein Buch über die Reise einer Amerikanerin nach Griechenland - es ist kein Sexroman, aber es kommt auch etwas Sex darin vor: ein Grieche will von dieser Amerikanerin am Geschlechtsteil berührt werden, damit er heiß wird. Obwohl mir das ganz unnormal vorkommt, erregt es mich.

Und meine Erfahrungen mit Männern waren genau so. Die Männer brauchten mich nur anzusehen und schon waren sie scharf. Wenn man sich auszieht oder zusammen badet, hat das ausgereicht; natürlich hat man nicht immer miteinander geschlafen, aber es brauchte nicht viel dafür.

Wenn es jetzt ein schöner Sonntagmorgen ist und wir haben ausgeschlafen, was ist dann schöner, als wenn man zusammen Sex macht? Aber meinen Mann treibt es dann aus dem Bett, weil vielleicht die Sonne scheint oder einfach weil es eine bestimmte Uhrzeit ist.

Oder Sonntag mittags ins Bett liegen, miteinander bimbern und dann herrlich zwei Stündchen schlafen. Dann habe ich nichts versäumt - aber er hat es dann eilig; wenn die Sonne scheint, muß er ins Freibad.

Oder was soll ich abends fernsehen? Dabei werde ich nur müde; lieber geh ich um halb neun ins Bett, wir bubeln herum, und dann kommt es wie von selbst, und dabei verspür ich keine Müdigkeit und das Fernsehen vermisse ich schon gleich gar nicht."

4. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden die Fortschritte der Sexualtherapie und ihre Probleme (Modell für 'normale' Sexualität, Diagnose, Ätiologie, Wirkfaktoren der Behandlungsmethoden) skizziert und die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung berichtet.

Es wurden Frauen und Männer mit fehlender Erregung und ausbleibendem Orgasmus in Einzeltherapie mit Mentalem Training und in Paartherapie behandelt.

Die Paartherapie sah das komplexe Behandlungsprogramm nach Masters und Johnson vor; das Mentale Training war formal in vier Phasen, Entspannungsinduktion, Exposition, Bewältigung und Erfolgsinduktion, gegliedert und umfaßte ein breites Spektrum von in der Vorstellung absolvierten therapeutischen Techniken. Das Mentale Training wurde auf Tonkassetten aufgenommen und konnte von den Klienten zu Hause wiederholt werden - anders als bei der Paartherapie wurde nicht direkt zu Partnerübungen aufgefordert.

Die Behandlungsergebnisse dieser beiden Therapiemaßnahmen sind im wesentlichen gleich gut ausgefallen und waren den Ergebnissen einer Kontrollgruppe, die eine Entspannungstherapie mitgemacht hatte, in den sexuellen Maßen deutlich überlegen.

In einer zweiten Phase wurde eine Kombination von Paar- und Einzeltherapie untersucht, die die Tauglichkeit des Mentalen Trainings als Sexualtherapie auch in Verbindung mit anderen Therapiemethoden bestätigte. Bei der Kombinationsbehandlung folgten auf gemeinsame Sitzungen der Partner Einzelsitzungen mit jedem der Partner, wobei der Symptomträger vorwiegend die Hilfen des Mentalen Trainings erfuhr; als zusätzlicher Schwerpunkt wurde eine Anleitung zum genußvollen Erleben gegeben, unter anderem vermittelt über Informationen zum

Tantrismus. Diese Behandlungsmöglichkeit scheint inhaltlich und formal eine interessante Alternative zu sein, wenn sie auch statistisch keine bedeutsame Überlegenheit gegenüber der Paar- oder der Einzeltherapie zeigte.

Alle Ergebnisse sind unter praxisnahen Bedingungen erzielt worden; die Analyse zeigt jedoch, daß Partnerprobleme selten waren, was günstige Therapie-Ergebnisse erleichtert.

Einfache Meßmittel scheinen die Therapieerfolge zu überschätzen, rechnerisch aufwendige Bemühungen für ein komplexes Maß zur therapeutischen Veränderung werden den Inhalten der Therapien besser gerecht.

Im komplexen Maß 'Sexualerfolg' zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Behandlungen, den Geschlechtern und den institutionellen Therapiebedingungen.

Die erzielten Erfolge wurden durch die Partner der Patienten bestätigt und waren bis zur Nachuntersuchung (vier Monate nach Therapieende) stabil, so daß das Mentale Training als Behandlungsmöglichkeit bei sexuellen Funktionsstörungen empfohlen werden kann.

ANHANG 1

Schichtschlüssel: 1 - 3 = Unterschicht
4 - 6 = Mittelschicht
7 - 9 = Oberschicht

Summe der Werte aus folgenden drei Kriterien:

Schulabschluß: 1 = Hauptschule
2 = Realschule
3 = Gymnasium

Berufstätigkeit: Zuordnung entsprechend dem Schlüssel für Erziehungsberatungsstellen Landesverband Württemberg-Hohenzollern, Landesjugendamt, ohne Jahr)

3 = Oberschicht:
Inhaber großer Unternehmen, Großgrundbesitzer, vermögender Adel, Spitzenpolitiker, höchste Beamte (ab Ministerialrat), Spitzenpositionen des Managements in der Industrie, Künstler und Journalisten von Rang, Hohe Militärs im Generalsrang.

2 = Obere Mittelschicht:
Inhaber von Mittelbetrieben, Inhaber von landwirtschaftlichen Großbetrieben, Beamte des höheren Dienstes in der öffentlichen Verwaltung, der Justizverwaltung und der Kultusverwaltung (A 13 bis A 16), leitende Angestellte im öffentlichen Dienst (BAT 3 bis 1), leitende Angestellte in der Industrie (mittleres Management wie Direktoren und Abteilungsleiter), freie akademische Berufe (z. B. Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte), höhere Militärs (Major bis Oberst).

Mittlere Mittelschicht:
Inhaber von industriellen Kleinbetrieben, Inhaber von mittelgroßen Handelsgeschäften, Inhaber landwirtschaftlicher Mittelbetriebe, Beamte des gehobenen Dienstes in allen öffentlichen Verwaltungen (A 9 bis A 12), Angestellte in allen öffentlichen Diensten (BAT 6 bis BAT 4), mittlere Angestellte in der Industrie (unteres Management wie z. B. Prokuristen, Bürovorsteher), freie Berufe ohne akademische Ausbildung (Dentisten usw.), gehobene Militärs (Leutnant bis Hauptmann).

Untere Mittelschicht:
Selbständige kleinere Handwerker, Inhaber von kleinen Handelsgeschäften, Inhaber von Dienstleistungsbetrieben (z. B. Friseur), Inhaber von landwirtschaftlichen Kleinbetrieben, Beamte des mittleren Dienstes in allen öffentlichen Verwaltungen (A 5 bis A 8), Angestellte als Sachbearbeiter in der Industrie, Handel, Banken und Dienstleistungsbetrieben, Meister in der Industrie, qualifizierte Facharbeiter mit überdurchschnittlich hohem Verdienst, mittlere Militärs (Unteroffizier bis Hauptfeldwebel).

1 = Obere Unterschicht:
Inhaber von kleinsten Geschäften (z. B. ambulante Händler), Inhaber von landwirtschaftlichen Kleinst- und Nebenerwerbsbetrieben, Beamte des einfachen Dienstes in allen öffentlichen Verwaltungen (A 1 bis A 4), Arbeiter in allen öffentlichen Verwaltungen, Dienstleistungskräfte (z. B. Verkäuferin, Kellnerin), Gesellen im Handwerk, Facharbeiter in der Industrie, qualifizierte angelernte Arbeiter in der Industrie mit dem gleichem Einkommen eines Facharbeiters, einfache Militärs (Gefreite).

Untere Unterschicht:
Landwirtschaftliche Arbeiter, Berufe mit harter und schmutziger Arbeit im Freien, niedrige Dienstleistungskräfte, ungelernte Arbeiter, Gelegenheitsarbeiter.

Einkommen:
1 = bis 1700 DM netto
2 = 1700 - 2700 DM netto
3 = über 2700 DM netto

ANHANG 2

Beschreibung der Stichprobe

xq/sd zu:	Alter	Stör-dauer	Häu-fig-keit	LA 1. Mast.	LA 1. Koitus	Be-zieh. dauer	De-pres-sion
EG 1	35,0	8,1	89,6	18,5	22,1	9,5	48,2
	6,0	4,1	10,9	5,6	2,8	4,8	4,6
EG 2	30,3	6,4	93,2	18,6	21,6	7,5	49,7
	6,5	4,2	8,4	2,6	2,3	5,1	4,1
KG	32,7	6,7	93,3	18,5	21,9	9,0	48,8
	6,1	4,4	7,6	4,3	2,4	6,0	4,8

Median zu:	Schul-ab-schluß	Beruf	Einkom-men	Schicht	Be-lastung	Vor-erfah-rung
EG 1	1,9	1,8	2,1	5,9	4,3	1,0
EG 2	1,9	1,9	1,7	5,3	4,2	1,3
KG	2,0	1,9	2,0	6,3	4,6	0,8

ANHANG 3

========

Entspannungsübungen

Autogenes Training

Versuchen Sie jetzt, offen zu sein für die Empfindung der Schwere, versuchen Sie sich gedanklich vorzustellen, daß Ihre Arme oder Ihre Beine ganz von alleine auf der Unterlage aufliegen, dann ganz schwer werden.
Versuchen Sie jedoch, die Schwere nicht zwingen zu wollen und bewußt diese Körperteile schwer zu machen, sondern lassen Sie das auf sich zukommen, was sich an Empfindungen zeigt. Sie versuchen lediglich, sich gedanklich vorzustellen, daß Arme oder Beine schwer werden und beobachten dann, wie der Körper darauf reagiert. Das kann z. B. sein, daß Sie anstelle von Schwere eine ganz andere Empfindung am Anfang haben, daß sich die Körperteile leicht anfühlen, daß ein Kribbeln oder eine Art Ameisenlaufen entsteht oder daß Sie Wärme spüren. All dies sind wichtige Wahrnehmungen in diesem Zusammenhang, die Sie nicht unterdrücken sollen, sondern ganz im Gegenteil bewußt wahrnehmen und begrüßen. Sie stellen einfach fest, "wenn ich mir vorstelle, die Arme werden schwer, dann spüre ich folgendes ..."
Verweilen Sie bei dieser Vorstellung so lange, wie Sie gerne möchten, Sie können sich aber auch etwa sechsmal vorsagen, "Arme oder Beine werden ganz schwer", doch dies bleibt Ihnen überlassen. Versuchen Sie, nichts zu zwingen, sondern gehen Sie nach einer kurzen Weile über zu der nächsten Übung.
Versuchen Sie jetzt, offen zu sein für die Empfindung der Wärme, stellen Sie sich vor, daß Ihre Hände oder Ihre Beine ganz warm werden.
Im Verlauf der ersten Zeit wird sich vielleicht noch gar nichts einstellen in dieser Richtung, verweilen Sie dann eben bei den Empfindungen, die Sie gerade haben. Das kann z. B. sein, daß Sie bei der Wärmevorstellung Schwere empfinden oder andere Empfindungen haben. Sind Sie zufrieden mit allem, was Sie spüren. Versuchen Sie, sich gedanklich vorzustellen, daß Wärme von den Füßen über die Waden, die Knie, die Oberschenkel nach oben zieht oder probieren Sie es mal umgekehrt von den Oberschenkeln über die Knie, die Waden in die Füße sich die Wärme vorzustellen, daß praktisch das Blut die Beine langsam erwärmt, oder bei den Händen können Sie sich als Hilfe vorstellen, daß diese in einem warmen Handschuh stecken oder im warmen Wasser liegen; fühlen Sie sich frei, in dieser Beziehung mit sich zu experimentieren. Versuchen Sie jedoch auf keinen Fall, unbedingt jetzt Wärme erreichen zu wollen.
Lassen Sie sich auch hierfür so lange Zeit, wie Sie wollen, d. h., kürzer als zu lang ist besser, damit es Ihnen nicht zur Verpflichtung und Last wird. Sie können sich auch hier

z. B. sechsmal vorsagen, Arme oder Beine werden warm.
Lenken Sie jetzt Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Atmung, versuchen Sie, sich in den Rhythmus Ihrer Atmung einzufühlen. Versuchen Sie zu spüren, wie die Luft durch die Nase raus und rein geht, wie sich der Brustkorb oder der Bauch hebt und senkt, versuchen Sie aber nicht, bewußt oder gezielt zu atmen, sondern sich vorzustellen, daß die Atmung im Grunde ganz von alleine vor sich geht, daß Sie gar nichts dazu tun müssen.
Sie lassen es atmen, stellen sich vor, die Atmung geht gleichmäßig und ruhig, geht ganz von alleine, "es atmet mich".
Bleiben Sie auch bei dieser Übung nur eine kurze Weile, solange wie es Ihnen angenehm erscheint.
Sie versuchen zum Schluß, Ihre Haltung, die Sie jetzt einnehmen, mit den Worten zusammenzufassen, "ich bin ganz ruhig".
(Auszug aus Mayer, 1980, 527 - 528)

Integrative Entspannungsübung

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus. Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden. Nehmen Sie also wieder eine Haltung ein, die in die Richtung geht, daß Sie einige Minuten Zeit für sich nehmen, um sich mit sich selbst zu beschäftigen und dabei zu beobachten, was sich in Ihrem Körper und Ihrem Bewußtsein abspielt.
Machen Sie sich vertraut mit den Reizen, die Sie noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen, machen Sie sich vertraut mit dem Raum, machen Sie sich bewußt, welche Geräusche Sie wahrnehmen. Versuchen Sie, Ihre Umgebung als etwas Zugehöriges zu empfinden, wovon Sie sich nicht weiter stören lassen.
Machen Sie sich nun vertraut mit den Gedanken, die gerade in Ihrem Kopf sind, versuchen Sie auch hier nicht, irgendwelche Gedanken unterdrücken zu wollen. Nehmen Sie einfach als gegeben hin, woran Sie gerade denken. Versuchen Sie sich zu sagen, daß Gedanken eben da sind, denken Sie an den Vergleich mit den am Himmel vorüberziehenden Wolken.
Machen Sie sich dann vertraut mit den Empfindungen, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren. Versuchen Sie, nacheinander sich bewußt zu machen, was Sie in den Körperteilen spüren, an die Sie gerade denken. Seien Sie offen für alle Empfindungen, die da sind, und erforschen Sie Ihren Körper neugierig. Gehen Sie in Gedanken alle Teile und alle Muskeln Ihres Körpers durch.
Schauen Sie nun nach oben und fixieren Sie einen Punkt. Legen Sie den Kopf so weit genug zurück, daß Sie den Punkt ohne große Mühe ansehen können. Ich bitte Sie, diesen Punkt ständig anzublicken. Während Sie ihn fixieren, hören Sie bitte genau auf das, was ich sage.

Schauen Sie den Punkt ununterbrochen an. Falls Ihre Augen einmal abschweifen, so ist das nicht schlimm ... nur richten Sie sie wieder auf den Punkt.
Nach einiger Zeit sehen Sie den Punkt vielleicht verschwommen, möglicherweise fängt er auch an, sich zu bewegen, oder er verändert seine Farbe. Das ist ganz natürlich. Wenn Sie schläfrig werden, dann ist das auch gut. Was immer auch geschieht, lassen Sie es geschehen, fixieren Sie weiterhin den Punkt. Ihre Augen werden bald so müde werden, Ihre Augenlider so schwer, daß Sie kaum noch in der Lage sein werden, Ihre Augen offen zu halten. Sie werden sich schliessen, sich ganz von selbst schließen. Wenn das geschieht, so lassen Sie es zu, wehren Sie sich nicht dagegen.
Entspannen Sie sich völlig, entspannen Sie jeden Muskel Ihres Körpers.
Während Sie sich mehr und mehr entspannen, wird Sie vielleicht ein Gefühl der Schwere überkommen, Sie fühlen, daß Arme und Beine schwer werden, Hände und Füße werden schwer, Ihr ganzer Körper wird schwer. Ihre Beine sind entspannt und schwer, entspannt und schwer, Ihre Arme sind schwer, Ihr ganzer Körper wird schwer, schwerer und immer schwerer. Wie Blei. Ihre Augenlider sind besonders schwer. Müde und schwer. Sie fühlen sich schläfrig, müde und schläfrig. Ihr Atem wird langsam und regelmäßig, langsam und regelmäßig. Sie werden müde und schläfrig, immer müder und schläfriger, während Ihre Augenlider schwerer und schwerer werden, immer müder und schwerer.
Ihre Augenlider können sich von selbst schließen, wehren Sie sich nicht dagegen. Bleiben Sie offen für das Gefühl der Schwere und Entspannung. Und genießen Sie die angenehme Erleichterung, wenn die Augen geschlossen sind.
Nun drücken Sie beide Hände auf ihre Oberschenkel auf, drücken Sie fest auf, bis Sie ganz deutlich eine Spannung in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur und in den Oberschenkeln merken. Halten Sie den Atem an und besinnen Sie sich ganz auf die Entspannung.
Atmen Sie jetzt langsam aus, und lassen Sie gleichzeitig ganz langsam die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt.
Die Muskeln werden weicher, die Spannung läßt nach, Hände und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet, sie werden dadurch etwas wärmer.
An den Handinnenflächen spüren Sie das Gewebe Ihrer Kleidung. Die Handinnenflächen sind wärmer als die Außenflächen, sie sind warm, angenehm warm.
Folgen Sie dem Nachlassen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung. Atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
Sie nehmen wahr, wie Sie im Sessel sitzen: Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist entspannt, die Oberschenkel sind locker, der Po drückt sich in den Sessel. Ihr Rücken liegt an, dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm.

Schultern und Arme sind entspannt und locker, der Kopf hat eine angenehme ruhige Lage.
An den Handinnenflächen spüren Sie nun wieder das Gewebe der Kleidung, die Handinnenflächen sind warm, angenehm warm. Sie bleiben ganz entspannt und ruhig und drücken nun die linke Hand leicht auf. Sie merken wieder, daß eine leichte Spannung entsteht; besinnen Sie sich ganz auf diese Spannung. Lassen Sie jetzt ganz langsam die Spannung nach; und mit dem Nachlassen der Spannung gleiten Sie tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung; Sie folgen der Entspannung, Sie werden ruhiger und ruhiger.
Sie fühlen wieder, wie Sie im Sessel sitzen. Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist entspannt, die Oberschenkel sind locker, der Po drückt sich ein, der Rücken liegt an; dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm.
Versuchen Sie, offen zu sein für die Empfindung der Wärme. Spüren Sie, wie Arme oder Beine ganz warm werden. Der ganze Körper wird immer wärmer, angenehm warm, mehr und mehr angenehm warm.
Schultern und Arme sind entspannt, ruhig und entspannt. Der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage, die Hände liegen locker auf; Sie nehmen an den Handinnenflächen die Struktur des Gewebes wahr, Sie spüren, wie es dort warm, angenehm warm ist.
Sie atmen ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie bleiben ganz entspannt und ruhig und drücken nun die rechte Hand leicht auf. Sie merken wieder, daß eine leichte Spannung entsteht, besinnen Sie sich ganz auf diese Spannung. Lassen Sie jetzt ganz langsam die Spannung nach. Mit dem Nachlassen der Spannung gleiten Sie tiefer und tiefer in Entspannung, Sie folgen der Entspannung, Sie werden ruhiger und ruhiger.
Sie nehmen nun wieder wahr, wie Sie im Sessel sitzen. Die Füße stehen auf dem Boden ruhig und sicher. Die Beinmuskulatur ist entspannt. Die Oberschenkel sind locker. Der Rücken liegt an. Dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm. Schultern und Arme sind entspannt, ruhig und entspannt. Der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage, die Hände liegen locker auf. Sie fühlen an den Handinnenflächen die Struktur des Gewebes, Sie spüren, wie es dort warm, angenehm warm ist.
Sie atmen ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie bleiben ganz entspannt und ruhig und drücken nun beide Füße leicht auf den Boden auf. Sie merken wieder, daß eine leichte Spannung entsteht, besinnen Sie sich ganz auf diese Spannung. Lassen Sie jetzt ganz langsam die Spannung nach. Mit dem Nachlassen der Spannung gleiten Sie wieder tiefer und tiefer in Entspannung - Sie folgen der Entspannung, Sie werden ruhiger und ruhiger. Gelassen und ruhig, immer mehr ruhig und gelassen.
Sie spüren wieder Ihren Atem, ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Und Sie spüren, wie sich Brust und Bauch bei jedem Einatmen leicht anspannen und sich beim Ausatmen wieder vollständig entspannen. Brust und Bauch werden wieder

ganz locker, Sie folgen der Entspannung, die Entspannung wird mit jedem Atemzug tiefer und tiefer. Ein und aus, ein und aus und tiefer und tiefer entspannt.
Sie sind jetzt ruhiger als vorher, entspannter. Sie spüren, wie der Körper schwer auf der Unterlage ruht und wie er angenehm warm ist. Und Sie spüren die Entspannung ruhig und angenehm durch Ihren Körper strömen. Die Entspannung strömt von den Füßen dann in die Beine, durch das Becken, den Bauch, die Brust, in das Gesicht, über die Kopfdecke, den Nacken, über die Schultern, in die Arme, Hände und Finger und wieder die Arme hoch in die Schultern zum Nacken und vom Nacken den Rücken hinunter zum Gesäß über die Beine hinunter in die Füße und Zehen. Und alle Muskeln Ihres Körpers werden innerlich angenehm warm, locker und gelöst. Es ist ein angenehmer Zustand, ein angenehmer Zustand von Ruhe, Schwere und Wärme. Genießen Sie diese Ruhe und Gelassenheit, genießen Sie die Entspannung eine Weile.
Nun sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden. Nehmen Sie die Entspannung langsam zurück, während Sie innerlich von fünf bis eins rückwärts zählen. Dabei räkeln Sie sich, strecken sich, dehnen sich und machen dann die Augen wieder auf. Allmählich werden Sie hellwach, Sie haben keine Eile. Und Sie werden diese Haltung der Ruhe und Entspannung mit in Ihren Alltag nehmen.

Integrative Entspannungsübung mit Wiesenimagination

Setzen Sie sich bitte entspannt in den Sessel, stellen Sie Ihre Füße bequem hin, lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage.
Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel auf und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden.
Nehmen Sie also wieder eine Haltung ein, die in die Richtung geht, daß Sie sich einige Minuten Zeit für sich selbst nehmen.
Machen Sie sich zunächst wieder vertraut mit den Reizen, die Sie noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen; machen Sie sich vertraut mit dem Raum, machen Sie sich bewußt, welche Geräusche Sie wahrnehmen; versuchen Sie, Ihre Umgebung als etwas Dazugehöriges zu empfinden, wovon Sie sich nicht weiter stören lassen.
Machen Sie sich dann vertraut mit den Gedanken, die gerade in Ihrem Kopf sind, versuchen Sie auch hier nicht, irgendwelche Gedanken unterdrücken zu wollen. Nehmen Sie einfach als gegeben hin, woran Sie gerade denken - und versuchen Sie sich zu sagen, daß die Gedanken eben da sind und wieder verschwinden werden.
Machen Sie sich dann vertraut mit den Empfindungen, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren.
Sie können Ihre Augen schließen, wenn Sie wollen - oder Sie können Ihre Augen noch offen lassen. Ihre Augen werden bald so müde werden, Ihre Augenlider so schwer, daß Sie kaum

noch in der Lage sein werden, Ihre Augen offen zu halten. Sie werden sich schließen, wie von selbst schließen. Wenn das geschieht, so lassen Sie es zu und wehren Sie sich nicht dagegen. Schließen Sie dann einfach Ihre Augen und empfinden Sie die Erleichterung, die Ihnen das Schließen der schweren Augenlider verschaffen wird.
Nun drücken Sie beide Hände auf Ihre Oberschenkel auf, drücken Sie fest auf, bis Sie ganz deutlich eine Spannung in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur und in den Oberschenkeln merken. Besinnen Sie sich ganz auf diese Anspannung.
Dann atmen Sie langsam aus und lassen Sie gleichzeitig ganz langsam die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt. Die Muskeln werden wieder weicher, die Spannung läßt nach, Hände und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet und werden etwas wärmer.
An den Handinnenflächen spüren Sie das Gewebe Ihrer Kleidung. Die Handinnenflächen sind wärmer als die Außenflächen, sie sind warm, angenehm warm.
Folgen Sie dem Nachlassen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung. Atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
Entspannen Sie sich völlig, entspannen Sie jeden Muskel Ihres Körpers. Während Sie sich mehr und mehr entspannen, wird Sie zusehens ein Gefühl der Schwere überkommen, sie fühlen, daß die Arme und Beine schwer werden, Hände und Füße werden schwer, schwer, der ganze Körper wird schwer und schwer und schwer. Ihre Beine sind entspannt und schwer, entspannt und schwer. Ihre Arme sind schwer, Ihr ganzer Körper wird schwer, schwerer und immer schwerer. Sie nehmen nun wieder wahr, wie Sie im Sessel sitzen. Die Füße stehen auf dem Boden ruhig und sicher. Die Beinmuskulatur ist entspannt. Die Oberschenkel sind locker. Der Rücken liegt an. Dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm. Schultern und Arme sind entspannt, ruhig und entspannt. Der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage, die Hände liegen locker auf. Sie fühlen an den Handinnenflächen die Struktur des Gewebes, Sie spüren wie es dort warm, angenehm warm ist.
Versuchen Sie sich immer mehr zu öffnen für die Empfindung der Wärme. Spüren Sie, wie Arme und Beine ganz warm werden. Arme und Beine werden warm, immer mehr warm, angenehm warm. Der ganze Köper wird warm, immer wärmer, angenehm warm, mehr und mehr angenehm warm. Arme und Beine werden warm, der ganze Körper wird warm, angenehm warm.
Sie atmen ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie bleiben ganz entspannt und ruhig und drücken nun beide Füße leicht auf den Boden auf. Sie merken wieder, daß eine leichte Spannung entsteht, eine Spannung in den Zehen, Füßen, Waden, Oberschenkeln bis in das Gesäß, besinnen Sie sich ganz auf diese Spannung.
Lassen Sie jetzt ganz langsam die Spannung nach und mit dem Nachlassen der Spannung gleiten Sie wieder tiefer und

tiefer in die Entspannung - Sie folgen der Entspannung, Sie werden ruhiger und ruhiger, gelassen und ruhig, immer mehr ruhig und gelassen.
Sie spüren wieder Ihren Atem, ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie spüren, wie sich Brust und Bauch bei jedem Einatmen leicht anspannen, und sich beim Ausatmen wieder vollständig entspannen, Brust und Bauch werden wieder ganz locker, Sie folgen der Entspannung, die Entspannung wird mit jedem Atemzug tiefer und tiefer. Ein und aus der Atmung, ein und aus, und tiefer und tiefer entspannt.
Nun stellen Sie sich einmal vor, wie Sie an einem schönen Sommertag, vielleicht im Juni, spazieren gehen. Es ist angenehm warm und Sie haben viel Zeit und fühlen sich wohl. Sie gehen spazieren in der Natur - Sie fühlen den Erdboden unter Ihren Füßen, Sie spüren die Sonnenwärme und einen leichten angenehmen Wind, Sie hören die Vögel zwitschern und vielleicht einen Bach plätschern. Es ist ein angenehmer Sommertag, schön warm, mit leichtem angenehmen Wind. Und wie Sie so spazieren gehen, kommen Sie bald zu einer Wiese.
Die Wiese liegt vor Ihnen, es ist ein sanftes Grün mit vielen Blumen. Sie hören Vögel, Bienen summen, es ist ein schöner Tag und Sie haben den Wunsch, auszuruhen.
Sie legen sich in das angenehm warme Gras und entspannen sich.
Sie liegen da, Sie fühlen das Gras, Sie spüren den Boden unter sich, Sie hören die Geräusche der Natur, die angenehm sind, Sie sehen Wolken am blauen Himmel vorbeiziehen. Und die Sonnenstrahlen wärmen Sie angenehm und der leichte Wind streicht angenehm über Ihre Wangen.
Sie spüren, daß Sie ruhiger werden und entspannter. Sie spüren wie Ihr Körper schwer auf dem Boden ruht und wie er angenehm warm ist. Sie spüren die Entspannung ruhig und angenehm durch Ihren Körper strömen. Die Entspannung strömt von den Füßen in die Beine, durch das Becken, den Bauch, die Brust, in das Gesicht, über die Kopfdecke, den Nacken, die Schultern, in die Arme, Hände und Finger; und wieder die Arme hoch in die Schultern zum Nacken und vom Nacken den Rücken herunter zum Gesäß, über die Beine hinunter in die Füße und Zehen. Und alle Muskeln Ihres Körpers werden innerlich angenehm warm, locker und gelöst. Es ist ein angenehmer Zustand von Ruhe, Schwere und Wärme.
Ihr Atem geht ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie spüren, wie Brust und Bauch sich beim Ausatmen völlig entspannen. Brust und Bauch werden ganz locker, die Entspannung wird mit jedem Atemzug tiefer und tiefer. Das Ein und Aus des Atems geht langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
Und wie Sie so daliegen, spüren Sie, daß die Sonne etwas nachläßt, eine Wolke hat sich vor die Sonne geschoben, und nun haben Sie etwas Schatten auf dem Gesicht, die Wärme läßt nach.
Doch die Wolke zieht vorüber, die warmen Sonnenstrahlen kommen zurück. Sie werden wieder angenehm warm und Sie sind ganz entspannt und locker und liegen in der Wiese an diesem

angenehm warmen Sommertag. Sie empfinden wieder vermehrt die angenehme Wärme. Genießen Sie eine Weile dieses angenehme Bild der Wiese, des schönen Sommertags und der angenehmen Wärme. Und empfinden Sie diese Ruhe und Gelassenheit und genießen Sie eine Weile die Entspannung.
Nun sagen Sie sich dann, daß Sie die Entspannung langsam beenden.
Nehmen Sie die Entspannung langsam zurück, während Sie innerlich von 4 bis 1 rückwärts zählen. Dabei räkeln Sie sich, strecken sich, dehnen sich und machen dann die Augen wieder auf.
Allmählich werden Sie hellwach, Sie haben keine Eile, und Sie werden auch diese Haltung von Ruhe und Gelassenheit mit in Ihren Alltag nehmen und dort immer wieder empfinden.

Integrative Entspannungsübung mit Meditation

Setzen Sie sich bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie sich für den Kopf eine angenehme Lage. Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden. Nehmen Sie also wieder eine Haltung ein, die in die Richtung geht, daß Sie einige Minuten Zeit für sich nehmen, um sich mit sich selbst zu beschäftigen und dabei zu beobachten, was sich in Ihrem Körper und Ihrem Bewußtsein abspielt.
Machen Sie sich vertraut mit den Reizen, die Sie noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen, machen Sie sich vertraut mit dem Raum, machen Sie sich bewußt, welche Geräusche Sie wahrnehmen. Versuchen Sie, Ihre Umgebung als etwas Dazugehöriges zu empfinden, wovon Sie sich nicht weiter stören lassen.
Machen Sie sich nun vertraut mit den Gedanken, die gerade in Ihrem Kopf sind, versuchen Sie auch hier nicht, irgendwelche Gedanken unterdrücken zu wollen. Nehmen Sie einfach als gegeben hin, woran Sie gerade denken. Sagen Sie sich, daß Gedanken eben da sind und wieder vergehen.
Machen Sie sich dann vertraut mit den Empfindungen, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren. Versuchen Sie, nacheinander sich bewußt zu machen, was Sie in den Körperteilen spüren, an die Sie gerade denken. Seien Sie offen für alle Empfindungen, die da sind, und erforschen Sie Ihren Körper neugierig. Gehen Sie in Gedanken alle Teile und alle Muskeln Ihres Körpers durch.
Schauen Sie nun nach oben und fixieren Sie einen Punkt. Legen Sie den Kopf soweit zurück, daß Sie den Punkt ohne große Mühe ansehen können. Fixieren Sie diesen Punkt, schauen Sie ihn ständig an, und hören Sie weiter auf das, was ich Ihnen sage.
Schauen Sie den Punkt ununterbrochen an. Falls Ihre Augen einmal abschweifen so ist das nicht schlimm .... nur richten Sie sie wieder auf den Punkt. Nach einiger Zeit sehen Sie den Punkt vielleicht verschwommen, möglicherweise fängt er auch an, sich zu bewegen, oder er verändert seine Farbe.

Das ist ganz natürlich, wenn Sie schläfrig werden, dann ist das auch gut. Was immer auch geschieht, lassen Sie es geschehen, fixieren Sie weiterhin den Punkt. Ihre Augen werden bald so müde werden, Ihre Augenlider so schwer, daß Sie kaum noch in der Lage sein werden, Ihre Augen offen zu halten. Sie werden sie schließen, sie ganz von selbst schließen. Wenn das geschieht, so lassen Sie es zu, wehren Sie sich nicht dagegen.
Schließen Sie dann einfach Ihre Augen und empfinden Sie die Erleichterung, die Ihnen das Schließen der schweren Augenlider verschafft.
Nun heben Sie Ihre Arme etwas hoch, waagrecht vor Ihrem Körper, schließen Sie die Hände zur Faust und spannen Sie die Hände und Unterarme fest an; spüren Sie die Spannung in Ihren Händen und Armen, halten Sie die Spannung. Und dann lassen Sie die Spannung langsam wieder nach, lassen Sie die Muskeln locker werden, lösen Sie die Muskeln immer mehr und legen Sie die Hände wieder auf die Oberschenkel zurück. Spüren Sie das Gefühl der Entspannung, das sich ausbreitet, wenn Sie die Muskeln immer mehr loslassen. Und lassen Sie innerlich immer weiter los und gleiten Sie immer tiefer in die Entspannung, tiefer und tiefer in die Entspannung. Entspannen Sie sich völlig, entspannen Sie jeden Muskel Ihres Körpers.
Während Sie sich mehr und mehr entspannen, wird Sie vielleicht ein Gefühl der Schwere überkommen, Sie fühlen, daß Arme und Beine schwer werden, Hände und Füße schwerer werden, Ihr ganzer Körper wird schwer, Ihre Beine sind entspannt und schwer, entspannt und schwer, Ihre Arme sind schwer, Ihr ganzer Körper wird schwer, schwerer und immer schwerer.
Nun drücken Sie Ihre beiden Hände auf Ihre Oberschenkel auf, drücken Sie fest auf, bis Sie wieder ganz deutlich eine Spannung in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur und in den Oberschenkeln merken. Besinnen Sie sich ganz auf diese Anspannung.
Atmen Sie jetzt langsam aus und lassen Sie gleichzeitig ganz langsam die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt. Die Muskeln werden weicher, die Spannung läßt nach, Hände- und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet, sie werden dadurch etwas wärmer. An den Handinnenflächen spüren Sie das Gewebe Ihrer Kleidung. Die Handinnenflächen sind wärmer als die Außenflächen, sie sind warm, angenehm warm. Folgen Sie dem Nachlassen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig und gleichmäßig und ruhig. Und spüren Sie wie Ihr Körper mehr und mehr schwer wird, Arme und Beine werden schwer, immer mehr schwerer. Die Schwere breitet sich aus auf den ganzen Körper, der Körper ruht schwer auf der Unterlage, es ist ein angenehmes Gefühl von Schwere in Ihrem ganzen Körper.
Sie nehmen wahr, wie Sie im Sessel sitzen: Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist

entspannt, die Oberschenkel sind locker, der Po drückt sich in den Sessel. Ihr Rücken liegt an, dort wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm.
Schultern und Arme sind entspannt und locker, der Kopf hat eine angenehme ruhige Lage.
An den Handinnenflächen spüren Sie nun wieder das Gewebe der Kleidung, die Handinnenflächen sind warm, angenehm warm.
Sie bleiben ganz entspannt und ruhig und drücken nun beide Füße leicht auf den Boden auf. Sie merken wieder, daß eine leichte Spannung entsteht, besinnen Sie sich ganz auf diese Spannung.
Lassen Sie jetzt ganz langsam die Spannung nach. Mit dem Nachlassen der Spannung gleiten Sie wieder tiefer und tiefer in Entspannung - Sie folgen der Entspannung, Sie werden ruhiger und ruhiger. Gelassen und ruhig, immer mehr ruhig und gelassen.
Sie fühlen wieder, wie Sie im Sessel sitzen. Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist entspannt, die Oberschenkel sind locker; der Po drückt sich ein, der Rücken liegt an; dort wo der Körper aufliegt, ist es warm angenehm warm.
Versuchen Sie, offen zu sein für die Empfindung der Wärme. Spüren Sie, wie Arme oder Beine ganz warm werden. Der ganze Körper wird immer wärmer, angenehm warm, mehr und mehr angenehm warm.
Arme und Beine werden warm, der ganze Körper wird warm, angenehm warm. Sie spüren wieder Ihren Atem, ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie spüren, wie sich Brust und Bauch bei jedem Einatmen leicht anspannen, und sich beim Ausatmen wieder vollständig entspannen, Brust und Bauch werden wieder ganz locker, Sie folgen der Entspannung, die Entspannung wird mit jedem Atemzug tiefer und tiefer. Ein und aus, ein und aus, und tiefer und tiefer entspannt.
Sie sind jetzt ruhiger als vorher, entspannter. Sie spüren, wie der Körper schwer auf der Unterlage ruht, und wie er angenehm warm ist. Und Sie spüren die Entspannung ruhig und angenehm durch Ihren Körper strömen. Die Entspannung strömt von den Füßen in die Beine, durch das Becken, den Bauch, die Brust, in das Gesicht, über die Kopfdecke, den Nacken, über die Schultern, in die Arme, Hände und Finger; und wieder die Arme hoch in die Schultern zum Nacken und vom Nacken den Rücken hinunter zum Gesäß, über die Beine hinunter in die Füße und Zehen. Und alle Muskeln Ihres Körpers werden innerlich angenehm warm, locker und gelöst. Es ist ein angenehmer Zustand, ein angenehmer Zustand von Ruhe, Schwere und Wärme.
Genießen Sie diese Ruhe und Gelassenheit, genießen Sie die Entspannung. Richten Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf die Innenseite der Nasenflügel, atmen Sie durch Ihre Nase ein und aus, und versuchen Sie alle Empfindungen Ihres Atems wahrzunehmen.
Konzentrieren Sie sich so gut Sie können auf die Innenseite der Nasenflügel. Nehmen Sie jeden Atemzug intensiv wahr, jedes Einatmen und jedes Ausatmen. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Nasenflügel, nehmen Sie jeden Atemzug wahr.

Wenn Ihre Gedanken wandern, bringen Sie sie ganz sanft zur Wahrnehmung Ihres Atems zurück.
Nehmen Sie den ganzen Atemvorgang wahr, das Ein- und Ausatmen und auch die Pausen, die Stille der Atmung.
Sagen Sie dann bei jedem Ausatmen mit innerer Stimme das Mantra "OM". Sie atmen ein, Sie atmen aus: "OM", Sie atmen ein, Sie atmen aus: "OM", ein - "OM" ein - "OM". Atmen Sie ohne Anstrengung, ohne Kontrolle: "OM""OM""OM""OM".
Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit immer wieder zurück auf die Atmung und das Mantra. Nehmen Sie jeden Atemzug wahr, jedes ein und jedes aus des Atems und sagen Sie innerlich dazu das "OM".
Atmen Sie ohne Anstrengung und beobachten Sie diesen Atem. Folgen Sie dem Rhythmus Ihres Atems.
Nehmen Sie jeden Atemzug wahr und bleiben Sie bei Ihrem Mantra: "OM" - "OM" - "OM" - "OM".
Dann sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden. Nehmen Sie die Entspannung langsam zurück, während Sie innerlich von 4 bis 1 rückwärts zählen.
Dabei räkeln Sie sich, strecken sich, dehnen sich und machen dann die Augen wieder auf. Allmählich werden Sie hellwach, Sie haben keine Eile.
Und Sie werden diese Haltung der Ruhe und Gelassenheit mit in Ihren Alltag nehmen und sie dort intensiv empfinden.

Einleitende Imagination für die 5. und 6. Sitzung
(in Anlehnung an Lutz, 1980)

Setzen Sie sich bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die bequemste Haltung aus.
Bitte schließen Sie jetzt die Augen und sagen Sie sich, daß Sie sich entspannen werden.
Nehmen Sie sich etwas Zeit für sich selbst.
Atmen Sie einige Male tief durch und spüren Sie die Entspannung beim Ausströmen des Atems.
Stellen Sie sich nun vor, es ist ein schöner sonniger Nachmittag im Frühsommer.
Sie liegen
an einem ruhigen Strand in der Sonne
auf einer ruhigen Bergwiese in der Sonne
um sich auszuruhen und die Sonne zu genießen.
Sie fühlen auf der Haut, wie das Licht wärmer und wärmer wird, die Wärme ist angenehm und entspannend, Sie sind ruhig und entspannt. Sie haben Urlaub und liegen dösig in der Sonne, ruhig und entspannt.
Bleiben Sie ganz in dieser Vorstellung und genießen Sie die Ruhe. Sie liegen ganz ruhig und entspannt, Sie atmen langsam und gleichmäßig, ein und aus, ein und aus.
Sie folgen dem fließenden Rhythmus Ihrer Atmung. Sie atmen ruhig und entspannt und achten nur auf das Ein und Aus des Atems.

Sie spüren die Wärme der Sonnenstrahlen auf Ihrer Haut,
Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das weiche Licht
der Sonne war.
Sie liegen ganz ungestört
am Strand
auf der Bergwiese
in der Sonne, es ist nicht so heiß, ein leichter
angenehmer Wind weht, es ist wohltuend hier zu sein;
und Sie sind ganz ruhig und entspannt und genießen den
angenehmen Urlaubstag.
Eine kleine Wolke nähert sich nun der Sonne, sie zieht
langsam vor die Sonne und Sie bleiben ganz ruhig und
entspannt. Die Wolke verdeckt die Sonne, und Sie spüren
das Nachlassen der Wärme auf Ihrer Haut und den leichten
Schatten.
Sie bleiben ganz ruhig und entspannt liegen, weil die Sonne
gleich wiederkommen wird.
Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus,
ein und aus,
ein und aus.
Die Wolke zieht langsam an der Sonne vorbei, und die Wärme
der Sonnenstrahlen nimmt wieder zu und der Schatten ver-
schwindet langsam.
Die Sonnenstrahlen erwärmen Ihre Haut, die Wärme ist angenehm.
Sie empfinden die Wärme als wohltuend. Sie nehmen durch die
geschlossenen Lider das Licht der Sonne wahr, der Schatten
ist verschwunden.
Sie liegen ganz ungestört
am Strand
auf einer Bergwiese
in der Sonne,
es ist angenehm warm, nicht so heiß, ein leichter,
angenehmer Wind geht.
Es ist wohltuend hier zu sein.
Sie sind ganz ruhig und entspannt; Sie atmen langsam und
gleichmäßig
ein und aus
ein und aus
und genießen den angenehmen Urlaubstag
am Strand
in den Bergen.
Sie sind ganz ruhig und entspannt und genießen die angenehme
Wärme. Sie verweilen in diesem angenehmen, entspannten Zustand.
Sie bleiben ganz in der Vorstellung, wie Sie
am Strand
auf der Bergwiese
in der Sonne liegen.
Es ist ein schöner, sonniger Nachmittag im Frühsommer;
Sie haben Urlaub und liegen dösig in der Sonne,
ruhig und entspannt.
Sie genießen die angenehme Wärme und Sie dösen ...
Sie träumen ...

Strandszene
(nach Kroger und Fezler, 1976)

Sie träumen, daß Sie an einem Strand spazierengehen. Sie gehen den Strand entlang; es ist Mitte Juli. Es ist sehr warm. Es ist fünf Uhr nachmittags. Die Sonne hat noch nicht begonnen unterzugehen, steht aber tief am Horizont. Die Sonne ist golden, leuchtend gelb, der Himmel strahlend blau, der Sand ein blendendes Glitzern im Sonnenlicht. Fühlen Sie den kalten, feuchten, festgetretenen Sand unter Ihren Füßen ... schmecken und riechen Sie das Salz in der Luft. Da ist ein Rest Salz auf Ihren Lippen, der durch das Spritzen der Meeresbrandung dorthin geweht ist. Hören Sie das Rauschen der Wellen, das rhythmische Schlagen des Wassers gegen den Strand, vor und zurück. Hören Sie das entfernte Schreien einer Möwe, während Sie weitergehen ...
Plötzlich kommen Sie an eine Sanddüne, einen Hügel mit reinem weißen Sand. Sie setzen sich auf seinen Gipfel und schauen auf das Meer. Das Meer ist wie ein Spiegel von Silber, der die Sonnenstrahlen zurückwirft, eine Masse reinen weißen Lichts, und Sie schauen gespannt in dieses Licht. Während Sie weiter in die Reflexionen des Sonnenlichtes im Wasser schauen, beginnen Sie, Sprenkel von Violett, fliegende purpurne Flecken, vermischt mit Silber zu sehen. Überall ist Silber und Violett. Entlang dem Horizont ist eine violette Linie ...
Jetzt beginnt die Sonne unterzugehen. Mit jeder Veränderung, mit jeder Bewegung der Sonne in das Meer werden Sie tiefer und tiefer entspannt.
Der Himmel färbt sich purpurn, scharlachrot, rosa, bernsteinfarben, gold, orange beim Sonnenuntergang ... Sie sind eingehüllt im tiefroten Zwielicht, einem samtigen blauen Schleier ... Sie schauen in den Nachthimmel. Es ist eine strahlende Sternennacht. Das Anschlagen der Wellen, der Geruch und Geschmack des Salzes, das Meer, der Himmel ... Sie fühlen sich wie hochgehoben und herausgehoben in den Raum, eins mit dem Universum ...

Farmszene
(nach Kroger und Fezler, 1976)

Sie träumen, daß Sie in einem warmen, kuscheligen, gemütlichen Bett liegen. Es ist sehr früh am Morgen. Die Bettdecke fühlt sich so gut an. Sie befinden sich in einem Bauernhaus. Es ist spät im August,
Sie hören den Hahn krähen. Es ist 5.30 Uhr morgens.
Sie schlummern wieder ein.
Plötzlich werden Sie durch den schrillen Laut des Weckers geweckt. Es ist 6.00 Uhr morgens.
Sie steigen aus dem Bett und gehen zum Fenster. Gerade beginnt die Sonne aufzugehen. Der Himmel färbt sich scharlach-dunkelrot-golden-orange-bernstein. Mit jedem Atemzug, den Sie machen, wird der Himmel blauer und blauer.

Sie gehen in die Küche. Dort liegt auf einem Teller ein großes Stück gekochten Schinkens, heiß aus der Pfanne. Daneben auf einem anderen Teller liegen warme Scheiben Weißbrot, die mit dicker schmelzender Butter bedeckt sind. Sie probieren von diesem Frühstück und schmecken den Schinken, das Brot und die Butter.
Es ist 6.30 Uhr am morgen.
Sie gehen hinaus auf die Veranda. Sie setzen sich in einen Schaukelstuhl und schaukeln vor und zurück, vor und zurück. Hören auf das Knacken der Dielenbretter unter dem Gewicht des Schaukelstuhls. Sie schauen über den Hof.
Sie sehen einen matschigen Boden mit den Spuren des Traktors, ein weißes Hühnerhaus, eine Scheune, einen Garten mit Gurken, Tomaten, Salat, mit Kürbissen, Radieschen, Erbsen und Karotten.
Sie sehen leuchtende Kornfelder, einen strahlend blauen Himmel.
Plötzlich hören Sie auf ihrer linken Seite die Stimmen von Kindern. Sie drehen den Kopf und sehen 3 Jungen, 8 Jahre alt, die zur Schule rennen. Es ist 5 Minuten vor 9.00 Uhr und sie haben sich verspätet. Sie laufen den Weg entlang, den Hügel zu Ihrer rechten hoch und verschwinden in einem weißen Schulhaus oben auf dem Hügel.
Sie fahren fort zu schaukeln.
Wie werden wieder hungrig.
Es ist jetzt 10.00 Uhr.
Sie gehen zurück in die Küche. Dort steht auf dem Tisch eine Platte mit Obsttörtchen, frischen Obsttörtchen.
Sie probieren und schmecken die verschiedenen Törtchen, das saftige Obst.
Sie gehen zurück auf die Veranda und schaukeln weiter.
Jezt gehen Sie die Veranda-Treppen herunter, über den Hof, und bis in die Kornfelder.
Sie gehen ins Kornfeld hinein - fühlen Sie, wie das trockene Korn gegen Ihren Körper schlägt.
Jetzt kommen Sie in ein Kleefeld.
Es riecht wie Honig.
Schmetterlinge fliegen zwischen den Kleeblüten hin und her.
Sie legen sich nun in den Klee. Der Geruch von Erde unter Ihnen, der Geruch von Honig um Sie. Sie schauen auf den Schleier einer Wolke am blauen Himmel. Die Sonne ist direkt über Ihnen. Es ist 12.00 Uhr mittags.
Ein fauler verträumter Augusttag.
Sie treiben davon, Sie fließen, Sie dösen in der Sommersonne, es gibt nicht eine Sorge in der Welt.

Berghüttenszene

Sie sind in einer Hütte in den Bergen.
Es ist Mitternacht. Es ist strengster Winter. Draußen heult der Wind. Drinnen sitzen Sie vor dem Kamin und starren in die glühende Asche, schauen gespannt in die Bohlen.
Fühlen Sie die Wärme der Flammen gegen Ihren Körper, fühlen

Sie die Hitze des Feuers auf Ihrer Haut.
Da ist ein prickelndes, fast juckendes Gefühl in Ihren Schenkeln; die Hitze gegenüber von Ihrem Körper ist so intensiv.
Hören Sie das Knacken der Holzklötze, wenn etwas Feuchtigkeit auf das Feuer fällt. Riechen Sie den Rauch der brennenden Tannenscheite. Sehen Sie die tanzenden Schatten auf der Wand.
Die einzige Quelle des Lichts ist das Feuer. Die übrige Hütte liegt im Dunkeln.
Jetzt stehen Sie auf. Sie gehen zum Fenster. Dort ist ein Spitzenmuster von Reif auf der Fensterscheibe. Sie legen Ihre warmen Fingerspitzen auf das kalte, harte Glas des Fensters.
Fühlen Sie, wie die Hitze Ihrer Finger den Reif schmelzen läßt. Sie schauen nach draußen.
Der Mond ist rund und silbern, der Schnee ist ein glänzendes, glitzerndes Weiß im Mondlicht. Da stehen hohe dunkle Tannen, die tiefpurpurne Schatten auf die schneeige Wiese werfen.
Sie werden das Fenster öffnen. Fühlen Sie, wie es dem Druck Ihrer Hand weicht.
Es öffnet sich. Sie nehmen einen tiefen Atemzug kühler, reiner, anregender, frischer Bergluft.
Ihr ganzer Brustkorb fällt zusammen, äußerste Entspannung.
Es ist so gut zu atmen. Riechen Sie die Tannen!
Nun schließen Sie das Fenster. Sie gehen zum Feuer. Fühlen seine Wärme. Sie legen sich auf ein Bärenfell neben dem Feuer. Ein schläfriges Gefühl kommt über Sie. Das Heulen des Windes, die Wärme des Feuers, der Geruch des Rauches, das Knistern der Bohlen ... All diese Bilder und Geräusche und Gerüche weichen sehr, sehr weit weg ... Während Sie fallen: und fließen und träumen in dieser Hütte, dieser Winternacht.

Imaginations-Entspannung: Wunscherfüllung

Setzen Sie sich entspannt in den Sessel; stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Legen Sie die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden.
Nehmen Sie sich also wieder einige Minuten Zeit für sich selbst.
Machen Sie sich zunächst wieder vertraut mit den Reizen, die Sie noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen und versuchen Sie, Ihre Umgebung als etwas Zugehöriges zu empfinden, wovon Sie sich nicht stören lassen.
Machen Sie sich auch wieder vertraut mit den Gedanken, die noch in Ihrem Kopf sind; und versuchen Sie auch hier nicht, irgendwelche Gedanken unterdrücken zu wollen.
Machen Sie sich auch mit den Empfindungen vertraut, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren. Und versuchen Sie, alle diese Empfindungen zu akzeptieren, nehmen Sie einfach wahr,

was Sie im Körper spüren.
Und nun stellen Sie sich einmal vor, daß Sie oben auf einem Treppenvorplatz stehen und vor sich sehen Sie eine Treppe, die nach unten führt.
Es ist eine wunderschöne Treppe, die in 10 Stufen nach unten führt. Sehen Sie die Treppe und sehen Sie den weichen Teppichboden, mit dem diese Stufen belegt sind.
Während ich von 10 bis 0 zähle, gehen Sie ganz allmählich diese Treppe hinunter. Empfinden Sie dabei den weichen Teppichboden, wenn Sie mit den Füßen aufsetzen. Sie werden feststellen, daß Sie mit jeder Stufe sich tiefer und tiefer entspannen. Ich beginne 10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 - 0.
Sie sind nun unten angekommen, Sie sind entspannter, Sie sind ruhiger.
Und nun sehen Sie vor sich einen wunderschönen Raum.
Es ist ein heller Raum, mit viel Glas und vielen Pflanzen und weichen Teppichen. In der Mitte dieses Raumes ist eine Badewanne in den Boden eingelassen. Das Bad ist für Sie gerichtet. Sie sehen das Bad, es wird Ihnen Spaß machen, hineinzusteigen.
Sie legen Ihre Kleider ab und damit streifen Sie alle Äußerlichkeit von sich ab. Alles Äußere wird nun abgestreift, und Sie spüren eine wunderbare Ruhe, die sich in Ihnen ausbreitet, die Sie ganz erfüllt.
Nun steigen Sie in dieses wohltuende Bad, Sie gleiten ruhig und gelassen in das warme Wasser.
Das Wasser ist angenehm warm und duftet angenehm.
Sie empfinden die Leichtigkeit des Badeschaums.
Sie spüren die Wärme des Wassers und werden vollkommen ruhig.
Es ist, als ob Sie im Wasser schwebten.
Sie fühlen sich ruhig und ausgeglichen.
Und Ihr Körper wird mehr und mehr von Wärme, Ruhe und Entspannung durchdrungen, mehr und mehr ruhig und warm, angenehm warm.
In allen Körperregionen spüren Sie die angenehme wohltuende Wärme.
Es ist, als ob Sie schwebten ... Sie fließen ... Sie schweben ... Sie träumen ...
Es ist so angenehm, Sie wissen nicht, wie lange Sie schon hier sind.
Allmählich bekommen Sie Durst. Nun sehen Sie neben der Badewanne eine Karte, in der Getränke farbig abgebildet sind.
Sie nehmen diese Karte und blättern sie durch.
Sie wählen ein Getränk, auf das Sie so richtig Lust haben, aus.
Neben dem Bad haben Sie eine Sprechanlage mit einem Rufknopf entdeckt.
Sie drücken auf den Knopf - eine freundliche Stimme fragt, was Sie wünschen - und Sie bestellen.
Während Sie sich im Bad wohlfühlen und sich noch auf etwas zu trinken freuen, klopft es.
Sie bitten herein - eine nette Person bringt Ihnen Ihr Getränk auf einem Tablett.
Sie nehmen das Getränk und trinken - es tut so gut -

Sie trinken noch einmal, es ist irgendwie befreiend.
Die nette Person fragt, ob Sie noch Wünsche haben - alle Wünsche werden Ihnen hier erfüllt.
Und Sie wollen das ausprobieren - Sie wollen mitnehmen, was Sie hier bekommen können.
Wünschen Sie sich jetzt, worauf es Sie am meisten gelüstet.
Sie sind zufrieden - könnten ewig hier bleiben - es ist wie im Paradies.
Sie sind zufrieden und Sie wollen diese Zufriedenheit mit in Ihren Alltag nehmen.
In aller Ruhe und voller Vorfreude machen Sie sich fertig - Sie fühlen sich prächtig - es ist, als ob Sie ein neuer Mensch wären - Sie sind ruhig und gelassen, zufrieden und voller Freude und Zuversicht.
Und so kehren Sie wieder zurück, Sie gehen die Treppe hinauf, langsam Stufe für Stufe.
Und Sie nehmen Ihre neue gewonnene Kraft mit, Sie nehmen alles mit in Ihren Alltag.
Und während ich nun von 5 bis 1 rückwärts zähle, beenden Sie diese Vorstellung, räkeln sich, strecken sich, öffnen allmählich die Augen und werden wieder wach und fühlen sich prächtig.

Carval: Rückführung leicht gemacht (Seite A)

Machen Sie es sich nun einmal ganz bequem, schließen Sie die Augen und atmen Sie ganz ruhig und gleichmäßig. Sie atmen ganz ruhig und gleichmäßig, ganz ruhig und gleichmäßig. Und jedesmal wenn Sie ausatmen sinken Sie tiefer, tiefer in diese wohltuende Ruhe. Sie lassen vollkommen los. Und mit jedem Atemzug sinken Sie immer noch tiefer, immer tiefer in ein wunderbares Gefühl der Ruhe. Sie sind ganz ruhig und gelöst, ruhig und gelöst und Sie fühlen sich ganz wohl. Sie fühlen sich unsagbar wohl. Sie atmen ruhig und gleichmäßig und sinken tiefer und tiefer. Und während Sie immer tiefer in diese wohltuende Ruhe sinken, stellen Sie sich nun einmal eine Wiese vor. Sie sehen ganz deutlich vor sich eine Wiese. Sie sehen das Gras, die Blumen, Sie sehen diese Wiese ganz deutlich vor sich. Und gehen Sie nun einmal hinein in diese Wiese. Spüren Sie das Gras und fühlen Sie auch die Luft auf Ihrer Haut. Nehmen Sie einmal diese Wiese mit allen Sinnen wahr. Sie spüren die Luft, atmen den Duft der Wiese und Sie hören die Vögel zwitschern.
Sie hören die Vögel zwitschern. .....
Sie nehmen die Wiese mit allen Sinnen wahr und Sie fühlen sich wohl. Heben Sie nun einmal den Blick und schauen Sie nach dem Wetter. Sehen Sie die Sonne, sehen Sie wie die Wolken ziehen und spüren Sie das Licht auf Ihrer Haut. Sie fühlen sich ganz wohl auf Ihrer Wiese.
Wenn Sie sich nun einmal umschauen, sehen Sie gar nicht so weit entfernt einen Berg und Sie wollen einmal auf diesen Berg hinaufgehen. Gehen Sie nun einmal hinüber zu diesem Berg. Sie gehen über die Wiese hinüber zu diesem Berg. ....

Nun sind Sie schon ganz nah und ganz deutlich erkennen Sie am Fuß des Berges einen Weg. Dieser Weg führt bis auf die Spitze des Berges. Dort angekommen, beginnen Sie nun auf diesem Weg hinauszugehen. Sie gehen höher und höher, immer weiter hinauf. ....
Sie gehen nun diesen Berg Schritt für Schritt hinauf. Unter der Bergspitze ist ein Plateau und dort ist eine Hütte oder Höhle und dort werden Sie erwartet.
Es ist ein alter weiser Mann der Sie sehr liebt und der Sie dort seit jeher erwartet.
Dieser alte weise Mann erwartet Sie dort seit jeher. Er kennt Sie gut und er weiß alles von Ihnen. Machen Sie sich nun auf den Weg und gehen Sie ganz ruhig, aber bewußt hinauf auf den Berg. Sie gehen ganz ruhig und bewußt hinauf auf diesen Berg.
Wenn Sie wollen, machen Sie einmal eine kleine Rast und blicken Sie zurück ins Tal. Sehen Sie wie hoch Sie schon gegangen sind. Ganz weit unten liegt die Wiese und wenn Sie sich ausgeruht haben, dann gehen Sie wieder weiter, immer höher, bis auf die Spitze des Berges. Sollte ein Hindernis auftauchen, so wissen Sie, daß es immer einen Weg gibt. Rasten Sie einen Moment und finden Sie diesen Weg und gehen Sie dann ruhig weiter. Sie können auch Ihren alten, weisen Mann bitten, Ihnen Hilfe zu schicken. Das kann z.B. ein Ballon sein in den Sie einsteigen und der Sie sicher auf die Spitze des Berges bringt. .....
Endlich sind Sie oben auf der Spitze des Berges angekommen. Sie sind nun oben auf der Spitze des Berges. Schließen Sie einmal die Augen und wenden Sie sich ganz dem Licht zu, der strahlenden Sonne die oben auf der Spitze des Berges scheint. Sie wenden sich ganz der Sonne, dem Licht zu und spüren wie dieses Licht jede Zelle Ihres Körpers durchflutet. Ihr ganzer Körper ist durchstrahlt von diesem Licht. Jede Zelle Ihres Körpers wird von diesem Licht gereinigt und mit Harmonie und Gesundheit durchflutet. Sie fühlen sich unsagbar wohl in diesem Licht. Ihr ganzer Körper ist durchstrahlt, durchlichtet. ....
Und nun lösen Sie sich behutsam von diesem Licht und schauen Sie sich einmal um. Sie erkennen ganz in der Nähe die Hütte des alten, weisen Mannes. Ganz in der Nähe erkennen Sie die Behausung des alten weisen Mannes. Das kann eine Hütte sein oder eine Höhle oder ein Haus. Gehen Sie nun einmal hinüber zu dieser Behausung und sehen Sie, ob der alte, weise Mann zuhause ist. Machen Sie sich innerlich bereit Ihrem alten, weisen Mann zu begegnen. Sie machen nun die letzten Schritte und der alte, weise Mann steht vor Ihnen. Der alte, weise Mann steht nun vor Ihnen. Schauen Sie Ihn einmal genau an wie er aussieht. Versuchen Sie ihn zu empfinden, spüren Sie seine Ausstrahlung und was er Ihnen entgegenbringt und öffnen Sie sich ihm ganz, denn Sie wissen, er liebt Sie über alles. Er weiß auch alles von Ihnen und er ist jederzeit bereit Ihnen zu helfen, wenn Sie sich an ihn wenden. Wann immer Sie sich an ihn wenden, er ist stets bereit Ihnen zu helfen. Falls Sie etwas auf dem Herzen haben, können Sie es jetzt mit ihm besprechen.

Seine Antwort ist immer ehrlich und weise und Sie sollten seinem Rat folgen. .....
Gehen Sie nun einmal mit ihm in seine Behausung. Dort hat er Ihr Lebensbuch. Und nun können Sie ihn bitten, Sie in eine bestimmte Situation Ihres früheren Lebens zu führen. Lassen Sie sich einmal in Ihrem Lebensbuch eine Situation aus Ihrem früheren Leben zeigen. Sie machen es sich ganz bequem und er legt das Buch vor Sie hin. Er schlägt das Buch auf, Sie brauchen es nicht zu lesen, aber konzentrieren Sie sich, welche Situation Ihnen aus diesem Lebensbuch entgegenkommt. Bitten Sie Ihr Inneres, es möge diese Situation jetzt ganz lebendig werden lassen. Diese Situation nimmt Form an und tritt nun bildhaft vor Ihr geistiges Auge.
Aus Ihrem Inneren steigen Bilder auf und diese Bilder werden immer deutlicher. Nehmen Sie diese Bilder an, gleich welche Form sie haben, Sie nehmen sie an. Diese Bilder werden immer deutlicher, immer klarer. Gehen Sie nun einmal ganz hinein in diese Situation und nehmen Sie alles an was geschieht. Sie gehen ganz hinein in diese Situation. Erleben Sie diese Situation noch einmal in allen Einzelheiten. Alles ist noch einmal genau wie damals. Sie erleben die Situation in allen Einzelheiten und Sie gehen ganz hinein in diese Situation. Sie gehen jetzt ganz hinein in diese Situation Ihres früheren Lebens. Alles ist wieder ganz lebendig und Sie erleben diese Situation jetzt mit allen Einzelheiten. Sie erleben diese Situation jetzt mit allen Einzelheiten.
Wenn es geht lösen Sie sich behutsam aus der Situation und kommen Sie ganz langsam wieder zurück. Verabschieden Sie sich noch von allen die Ihnen begegnet sind und sagen Sie, daß Sie wiederkommen werden. Sie lösen sich behutsam aus der Situation und kehren wieder zurück zu Ihrem alten, weisen Mann. Wenn Sie etwas sehr beeindruckt hat, so können Sie das nun mit Ihrem weisen, alten Mann besprechen. Auch wenn Sie etwas nicht verstanden haben, fragen Sie ihn, fragen Sie ihn. Er wird Ihnen sicher helfen.
Und dann verabschieden Sie sich von Ihrem weisen, alten Mann. Danken Sie ihm für die Hilfe und sagen Sie ihm, daß Sie von nun an ihn öfter besuchen werden. Sie können nun jederzeit, wenn Sie eine Frage oder einen Wunsch haben, ihren weisen, alten Mann besuchen und sich von ihm helfen und sich führen lassen.
Lösen Sie sich dann wieder ganz aus dieser Situation, öffnen Sie die Augen und seien Sie wieder ganz im Hier und Jetzt, in Ihrer Zeit. Sie fühlen sich ganz frisch und wohl. Die Augen sind offen, Sie sind wieder ganz im Hier und Jetzt und fühlen sich ganz frisch und wohl. Sie fühlen sich ganz frisch und wohl. Vielleicht sollten Sie nun gleich in die Stille gehen, um die Erlebnisse zu verarbeiten. Achten Sie auch auf Wiederholungen von ähnlichen Situationen in Ihrem heutigen Leben. Diese Erkenntnis hilft uns, wünschenswerte Änderungen im Verhalten vorzunehmen oder doch anzustreben. Arbeiten Sie an sich. Es ist dabei eine gute Hilfe, alles soeben erlebte aufzuschreiben, denn Einzelheiten werden erfahrungsgemäß vergessen, auch wenn sie jetzt noch ganz

deutlich vor Ihrem geistigen Auge stehen. Auch die Gefühle die Sie dabei hatten, sollten Sie unbedingt erinnern und falls die Bilder beim ersten Versuch noch nicht deutlich genug waren, so wird es nun von Mal zu Mal immer klarer bis Sie alles sicher erkennen.
Es kann natürlich auch sein, daß Sie sich noch unbewußt scheuen, die Vergangenheit anzusehen oder die Verantwortung dafür zu übernehmen.
Prüfen Sie das und werden Sie sich hierüber klar und machen Sie sich hierzu bereit und auch dieses Hindernis wird weichen.
Wenn Sie bereit sind alles anzuerkennen und zu ändern, wird die Seele die Bilder und Erinnerungen freigeben und es geht ganz leicht und selbstverständlich, ganz einfach und ganz selbstverständlich.

ANHANG 4

Mentales Training zu Fall I

4. Sitzung - Angstbewältigung

Auf einer Tonkassette wird Entspannungsmusik (Tepperwein, o.J.) gespielt, die immer dann leiser gestellt wird, wenn Instruktionen formuliert werden, um anschließend wieder lauter zu erklingen. Die Abschnitte, in denen nur Musik wiedergegeben wird, werden hier im Text durch die ungefähre Zeitdauer gekennzeichnet.

- Beginn: 4 Minuten nur Musik

- Ohne Musik: die Fähigkeit zur Angstkontrolle erfordert einige Information und viel Übung:
  auf dieser Kassette geht es zunächst um die Information, und zwar um die Aneignung der einzelnen Möglichkeiten der Angstkontrolle, die dann später in einer vorgestellten Handlung zusammen zur Anwendung kommen sollen.

- Ab jetzt musikunterlegter Text: Wenn man Angst und Erregung kontrollieren, in den Griff bekommen will, muß man sie akzeptieren, muß man zunächst dazu stehen, daß man Angst hat.
  Angst ist eine natürliche Reaktion und sorgt für große Leistungsfähigkeit des Organismus, indem alle Körperfunktionen aktiviert werden.
  Angstkontrolle meint nicht die Unterdrückung der Angst, sondern das allgemeine Aufrechterhalten der Kontrolle, so daß es also nicht zu einer ungesteuerten Panikreaktion kommt.
  Panik ist außer Kontrolle, ungesteuert, vermindert die Leistungsfähigkeit und bewirkt vielerlei Schmerzen durch Verkrampfung.
  Wer seine Angst akzeptiert, sagt sich z. B.: Ja, ich habe Angst; ich habe Angst, weil ich vor einer schwierigen oder unangenehmen Situation stehe usw. Ich akzeptiere, daß ich davor Angst habe; es erschreckt mich nicht, denn ich weiß, daß Angst eine nützliche Reaktion ist usw.

  Nun stellen Sie sich einmal den Beginn Ihrer Angstsituation vor, sprechen Sie zu sich und akzeptieren Sie Ihre Angst.

- 2 Minuten

- Nach dem Akzeptieren der Angst wird man sich vergegenwärtigen, daß man sich zu helfen weiß. Z. B. kann man sich sagen: Auch wenn ich Angst habe, kann ich diese unangenehme Situation bewältigen, weil ich mich vorbereitet habe, und weil ich die Kontrolle behalte.

Sagen Sie so etwas Ähnliches nun zu sich selbst!

30 Sekunden

Um die Kontrolle aufrecht zu erhalten, haben Sie noch folgende wichtige Möglichkeiten:
Entspannung, Vorgehen in einzelnen Schritten und Selbstbestätigung.
Entspannen heißt zunächst einmal den Körper entspannen, indem Sie alle Muskeln zusammen mit dem Ausatmen locker lassen - wie Sie es gelernt haben, immer wieder locker lassen und immer mehr entspannen.

Nun stellen Sie sich wieder Ihre Angstsituation vor und sagen Sie zu sich selbst, daß Sie sich nun entspannen werden. Dann konzentrieren Sie sich nur auf das Gefühl der Entspannung, das entsteht, wenn Sie alle Muskeln ganz locker lassen.

2 Minuten

- Das Vorgehen in einzelnen Schritten meint, daß man sich die zu bewältigende Situation in Phasen einteilt und sich immer nur auf die augenblickliche Phase konzentriert. Wenn ich also aus dem Haus gehe, um zum Ort meines angsterregenden Geschehens zu gehen oder zu fahren, dann bleibe ich ganz im Geschehen hier und jetzt, also wie ich körperlich entspannt, mit einem leichten Angstgefühl die Wohnung verlasse, danach evtl. ins Auto einsteige und dann im Auto sitze und die Landschaft an mir vorbeiziehen sehe usw.
Erst am Ende jeder Phase besinne ich mich auf die folgende. So verhindern Sie das Vorwegnehmen von Schwierigkeiten, was nur Angst erzeugt; Sie verhindern die Angst vor der Angst, was nichts anderes als eine negative Selbsthypnose wäre.
Stellen Sie sich nun wieder den Beginn Ihrer Angstsituation vor und sagen Sie sich: Ich bleibe mit meinen Gedanken ganz im Hier und Jetzt. Und stellen Sie sich dann vor, was Sie in diesem Augelblick tun oder erleben könnten.

2 Minuten

- Es ist wichtig, daß man sich zwischendrin immer wieder bestätigt in seiner Fähigkeit, die Kontrolle zu bewahren und gleichzeitig die Angst zu akzeptieren. Also sagen Sie sich z. B. immer wieder: Obwohl ich etwas aufgeregt bin und Herzklopfen habe, bin ich doch sehr gefaßt und konzentriert; ich entspanne mich und bleibe mit meinen Gedanken im Hier und Jetzt und meistere so die ganze Situation nach und nach. Ich kann mir vertrauen, denn ich bin gut vorbereitet.

Stellen Sie sich wieder Ihre Angstsituation vor und wie Sie bisher auf die Angst reagiert haben; und dann loben

Sie sich und sagen Sie sich, daß Sie sich auch die weitere Bewältigung zutrauen.

2 Minuten

- In Phasen des Wartens ist es besonders wichtig, die Zeit nicht zur Selbsterregung, sondern zur Selbstkontrolle zu nützen. Dabei kann es helfen, wenn man sich bestimmte angenehme Vorstellungen detailliert ausmalt, z. B.:
Sie liegen auf einer Bergwiese / riechen den Duft der Pflanzen / hören Vögel zwitschern / Sie werden von der Sonne angenehm erwärmt / und sehen kleine Wolken am Himmel vorüberziehen, wobei Sie ganz ruhig und entspannt werden.
So ähnlich können Sie sich auch einen Waldspaziergang, einen Stadtbummel oder ein Urlaubserlebnis in Gedanken ausmalen.
Oder Sie stellen sich vor, wie toll Sie sich fühlen werden und was Sie alles tun werden, wenn Sie darüber berichten werden usw., wenn Sie Ihre schwierige Situation erst gemeistert haben.

Stellen Sie sich nun wieder Ihre Situation vor:
Sie sind bereit, sind aber noch zu früh dran und müssen deshalb etwas warten. Dann füllen Sie diese Wartezeit mit der Phantasie eines angenehmen Bildes oder Erlebnisses aus und entspannen Sie sich auf diese Weise.

4 Minuten bis zum Ende der Musik.

Fünfte Sitzung

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel.
Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie sich für den Kopf eine angenehme Lage.
Probieren Sie die angenehmste Haltung aus.
Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden.
Bitte schließen Sie jetzt die Augen und drücken Sie beide Hände auf die Oberschenkel auf.
Drücken Sie fest auf, bis Sie ganz deutlich eine Spannung in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur - und in den Oberschenkeln merken. Halten Sie nun den Atem an und besinnen Sie sich ganz auf die Spannung.
Atmen Sie jetzt langsam aus und lassen Sie gleichzeitig die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt. Die Muskeln werden weicher, die Spannung läßt nach. Hände und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet, sie werden dadurch etwas wärmer. Folgen Sie dem Nachlassen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung. Atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.

Während Sie sich entspannen, werde ich Ihnen etwas über unsere Vorstellungen zur Sexualität sagen. Es sind Vorstellungen, die von der Realität weit weg sind. Man begegnet solchen Vorstellungen selten im Zusammenhang, eher in Stücken und Teilen. Aber fast jeder Mann und jede Frau lernt die gleichen Vorstellungen zur Sexualität, weil alle Medien im Grunde die gleichen sexuellen Botschaften aussenden. Selbst wer nie ein Buch lesen oder einen Film sehen würde, würde diese Vorstellungen dennoch lernen. Sie durchdringen unsere gesamte Kultur.
In einem Buch, das mit mehr als 150 Millionen Exemplaren verkauft wurde, liest sich das folgendermaßen:
Ihre Finger öffneten sanft seinen Hosenschlitz, und er sprang ihr wie ein wütender Löwe aus seinem Käfig entgegen. Sie streifte seine Vorhaut behutsam zurück, legte seine rote und zornige Eichel bloß und nahm ihn in beide Hände, eine Hand über der anderen, als ob sie einen Baseballschläger hielt. Verzückt starrte sie ihn an. Sie verlor fast die Besinnung, als sie an ihm herunterblickte. Langsam begann er, sie zu sich herabzuziehen. Ihre Beine schnellten hoch ... als er begann, in sie einzudringen ... Es war, als wenn ein Riese aus weißglühendem Stahl sich in ihr Edelstes bohrte. Sie begann zu stöhnen, als er sie öffnete und in ihrem Körper emporstieg, vorbei an der Gebärmutter, vorbei am Magen, unter ihr Herz, hoch bis in den Rachen. Sie keuchte nun wie eine heiße Hündin.
(Er wirft sie aufs Bett) Dann schwebte er über ihr ... seine Hände griffen nach ihren schweren Brüsten und packten sie, als wenn er sie von ihrem Körper reißen wollte. Sie stöhnte vor Schmerz und krümmte sich. Ihr Becken wölbte sich und drängte ihm entgegen. Dann drang er wieder in sie ein. "Mein Gott!" Tränen schossen ihr in die Augen. "Mein Gott!" Sie kam, fast bevor er ganz in ihr war. Dann konnte er sie nicht mehr aufhalten, ein Orgasmus jagte den anderen, als er sich in sie bohrte, mit der Wucht der riesigen Stahlpresse, die sie in seiner Fabrik gesehen hatte ... Etwas verwirrte sie, der Mann und die Maschine waren eins, nie zuvor hatte sie solche Kraft erlebt. Und als sie schließlich Höhepunkt nach Höhepunkt ihren Körper ausgedörrt hatte wie nach einer Feuersbrunst und sie es nicht länger ertragen konnte, schrie sie in französisch auf: "Nun hol Dir Deinen Spaß! ... schnell, bevor ich sterbe!".
Ein Brüllen kam aus den Tiefen seiner Kehle und seine Hände umkreisten ihre Brüste. Ihre Schreie erstickten, und sie griff nach den Haaren seiner Brust. Dann schien sein ganzes Gewicht auf sie niederzufallen, den Atem aus ihrem Körper pressend. Sie spürte, wie sein heißer Samen hervorschoß und sich über sie ergoß. Ihr Innerstes verwandelte sich in zähflüssige Lava und sie kam erneut.
Soweit also diese Sexualaufklärung. Vielleicht scheint Ihnen manches daran übertrieben, aber in Ihrem Innersten denken Sie manchmal doch so ähnlich.
Wie sollte Ihrer Meinung nach ein Mann aussehen und wie sich verhalten? Auch dazu gibt es modellhaft Vorstellungen, die Sie kennen:

Männer brauchen nichts außer einem Penis.
Penisse gibt es nur in drei Größen: groß, riesig, gigantisch.
Und natürlich gilt, je größer, desto besser.
Männern wird glauben gemacht, daß Frauen sich nach einem Penis sehnen, den man irrtümlich für einen Telegrafenmasten halten könnte. Penisse sind nicht nur überlebensgroß, sie führen sich auch eigenartig auf. Ohne Unterlaß "pulsieren", "pochen", "schießen" sie "hervor".
Der Penis sollte auch unglaublich steif sein und wird oft als stein- oder stahlhart beschrieben, alles andere scheint unzulänglich zu sein.
Die letzte Eigenschaft des idealisierten Penis ist seine nie nachlassende Fähigkeit zu befriedigen, entweder dadurch, daß er stundenlang steif bleibt oder dadurch, daß er nach einer Ejakulation sofort wieder hart wird.
Wunderbare Gebilde, diese Penisse! Auch wenn sie wie ein Fels stehen, so sind sie doch ständig in Bewegung.
Und an solchen Maßstäben, denen man gar nicht gerecht werden kann, messen wir uns. Es ist eine Tatsache, daß es einige große Penisse gibt - und es stimmt auch, daß einige Männer ihre Ejakulation lange zurückhalten können oder eine relativ kurze Erholungszeit haben. Aber das ist selten. Es gibt genauso wenig Gründe dafür, es diesen Männern gleichtun zu wollen, wie zu versuchen, über 2 Meter groß zu werden, bloß weil es einige wenige so große Männer gibt, oder 100 Meter in 10 Sekunden zu laufen, bloß weil einige diese Leistung vollbracht haben.

Wie sehen nun unsere Modellvorstellungen von Frauen aus?
Die Frauen sollten alle hinreißend und perfekt gebaut sein.
Frauen, die von Männern begehrt werden, sind von makelloser Figur. Frauen, die nicht in dieses Schema passen, werden lächerlich gemacht.
In dieser Welt der sexuellen Vortäuschungen altern die Frauen nicht, sie bekommen keine Falten und verlieren ihre straffen Brüste nicht. Auch werden Frauen so dargestellt, als wenn sie immer nur brutalen Sex wollten, auch wenn sie um Zärtlichkeit bitten oder gegen Annäherungsversuche des Mannes protestieren.
Männer, die den Widerstand einer Frau ernst nehmen, werden lächerlich gemacht, und nur Männer, die nicht auf eine Frau hören, werden reichlich belohnt.
Frauen nach diesen Vorstellungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie das Selbstbild und die sexuelle Potenz ihrer Liebhaber ständig auf besondere Art und Weise bestätigen; sie lassen keinen Zweifel darüber aufkommen, daß ihre Männer die größten Sexmaschinen der Welt sind. Die Frauen in dieser Welt des Scheins stöhnen und schreien stets vor Verzückung und stellen damit immer wieder unter Beweis, was für wunderbare Liebhaber ihre Männer doch sind.
Dieses Modell einer Partnerin ist keine gute Vorbereitung auf die wirkliche Welt: Was geschieht, wenn sie beim Sex nicht stöhnt oder kreischt? Oder wenn sie nicht jedes Mal einen Höhepunkt hat? Wie soll der Mann wissen, daß er ein guter Liebhaber ist?

Jede Phantasie ist wunderbar, solange Sie sich bewußt sind, daß es sich um eine Phantasie handelt und Sie sich nicht minderwertig fühlen, wenn die Realität mit der Phantasie nicht übereinstimmt.
Öffnen Sie sich nun für die Verwurzelung dieser teilweise so absurd klingenden Vorstellungen in Ihnen selbst, spüren Sie solche Phantasien bei sich auf und stellen Sie die Realität, also sich selbst und Ihre Partnerin daneben. Bleiben Sie eine Weile bei den teilweise vielleicht unangenehmen Unterschieden zwischen Ihrer Realität und Ihrer Phantasie.

Nun beenden Sie diese Vorstellungsübung und versuchen Sie, Ihren Körper so wie er ist, zu akzeptieren. Gehen Sie in Gedanken in alle Partien Ihres Körpers hinein und sagen Sie zu sich: Ich spüre jetzt meine rechte Hand, ich sehe meine rechte Hand und ich bin froh, daß ich diese rechte Hand habe, dann atmen Sie tief aus und konzentrieren sich auf das Gefühl der Entspannung; fahren Sie dann fort mit Ihrem rechten Arm, Ihrer linken Hand usw., bis Sie alle Körperteile gespürt, gesehen und bejaht haben.
Nun nehmen Sie wieder wahr, wie Sie hier im Sessel sitzen. Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher. Die Beinmuskulatur ist entspannt. Die Oberschenkel sind locker. Der Rücken liegt an. Dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm. Schultern und Arme sind entspannt, ruhig und entspannt. Der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage, die Hände liegen locker auf. Sie fühlen an den Handinnenflächen die Struktur des Gewebes, Sie spüren, wie es dort warm, angenehm warm ist.
Sie atmen ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig. Sie spüren, wie die Entspannung durch Ihren ganzen Körper strömt und Sie immer mehr ruhig und entspannt werden. Besinnen Sie sich noch eine Weile auf diesen angenehmen Zustand, genießen Sie ihn.
Und sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden - wachen Sie auf, öffnen Sie die Augen und räkeln Sie sich.

Sechste Sitzung

Spannen Sie jetzt in beiden Armen Oberarme, Unterarme und Hände fest an (1).
Achten Sie auf die Spannung (1)
und lassen Sie wieder locker (4).
Versuchen Sie, die Muskeln in den Oberarmen ganz locker zu lassen (4), achten Sie darauf, wie die Unterarme immer schwerer werden (4)
und konzentrieren Sie sich dann wieder auf die Entspannung jedes einzelnen Fingers (5).
Und nun versuchen Sie, auf der Stirn Quer- und Längsfalten gleichzeitig zu bilden (2).
Die Stirn ist jetzt ganz verspannt. Halten Sie diese Spannung (2).
Und lassen Sie wieder locker.

Achten Sie wieder auf den Übergang von der Spannung zur angenehmen Entspannung (5).
Lassen Sie die Stirnmuskeln ganz locker werden (2), immer lockerer (3),
bis die Stirn sich anfühlt wie eine glatte, leere Fläche (10).
Pressen Sie jetzt Ihre Kiefermuskeln fest zusammen (1).
Beißen Sie dabei die Backenzähne aufeinander (1).
Achten Sie auf die Spannung in der gesamten Kieferpartie (2), und entspannen Sie wieder (3).
Lassen Sie dabei Ihre Lippen und alle Gesichtsmuskeln ganz locker (5).
Achten Sie darauf, daß sich die gesamte Gesichtsmuskulatur bei dieser Übung immer mehr entspannt (9).
Achten Sie auf das Gefühl der Ruhe, das sich in Ihnen ausbreitet, während Sie das Gesicht immer mehr entspannen (9).
Und spüren Sie das Gefühl der Ruhe, das sich ausbreitet, während Sie Ihre Gesichtsmuskeln immer tiefer entspannen (10).
Und jetzt konzentrieren Sie sich auf Ihren Atem (2).
Achten Sie darauf, wie die Luft ein- und ausströmt (11).
Halten Sie nun nach dem Einatmen die Luft für kurze Zeit an (2).
Achten Sie dabei auf die Spannung in Ihrer Brust (2), und lassen Sie die Luft wieder aus (2).
Achten Sie darauf, wie sich beim Ausatmen die Brust angenehm entspannt (6).
Wiederholen Sie das Einatmen (2).
Achten Sie wieder auf die Spannung in der Brust (1), und genießen Sie die Entspannung beim langsamen Ausatmen (8).
Und nun verfolgen Sie wieder nur das Ein- und Ausströmen Ihres Atems (4).
Sprechen Sie innerlich mit, wie Sie ein- und ausatmen (3).
Beachten Sie nur das Ein und Aus der Atmung (4).
Und achten Sie auf das Gefühl der Ruhe, das sich dabei im ganzen Körper ausbreitet (13).
Nun pressen Sie die Fersen wieder fest gegen den Boden.
Achten Sie wieder auf die Spannung im Unterschenkel, im Oberschenkel und in den Sitzmuskeln (2).
Und jetzt entspannen Sie wieder (2).
Lassen Sie die Muskeln in den Beinen ganz locker werden (3), und spüren Sie, wie die Entspannung bis in die Füße hineinreicht (2),
bis in die Zehenspitzen (1).
Die Beine werden immer entspannter und schwerer (8).
Und lassen Sie die Entspannung nun von den Füßen hinaufströmen durch die Beine, zum Rücken, in die Brust, in die Magengegend, in die Schultern (2),
in Arme und Hände, bis in die Fingerspitzen (2), in den Nacken (1) und in das Gesicht (2).
Lassen Sie Ihren Körper locker und entspannt werden (3), die Stirne eine glatte, leere Fläche (2).
Die Augenlider sind schwer (1),
und der Unterkiefer ist ganz locker (3).
Sie spüren jetzt, wie Sie mit Ihrem ganzen Gewicht auf dem Stuhl aufruhen (5).
Sie achten noch einmal auf Ihre Atmung (3),

versuchen Sie gar nicht zu beeinflussen (2),
sondern nur innerlich mitzusprechen, wie Sie ein- und ausatmen (3).
Registrieren Sie nur innerlich dieses Ein- und Ausströmen Ihres Atems (9).
Und entspannen Sie sich immer noch tiefer (2),
denken Sie an gar nichts anderes als nur an das angenehme Gefühl der Entspannung (16).
Sie sind nun bei sich zuhause, im Badezimmer (1),
es ist abends (1).
Sie ziehen sich aus und machen sich fertig für die Nacht (1).
Bleiben Sie ganz im Geschehen hier und jetzt (1).
Vergessen Sie, was nachher vielleicht auf Sie zukommen könnte (1).
Was jetzt zu tun ist, fällt Ihnen leicht - tun Sie es ganz einfach; tun Sie noch ein bißchen für sich selbst, genießen Sie ein klein wenig, z. B. warmes Wasser auf der Haut (1) oder schäumende Seife, die sich von selbst auflöst (1).
Und entspannen Sie sich dabei (1),
lassen Sie alle Muskeln Ihres Körpers - den Sie dabei im Spiegel anschauen - locker werden, immer mehr locker werden - lassen Sie innerlich noch mehr locker (2).
Fallen Ihnen dabei Ihre körperlichen Schwachstellen auf?
Was gefällt Ihnen an sich? Schauen Sie sich an; betrachten Sie, was Ihnen nicht gefällt und spüren Sie Ihren Körper (4).
Was für ein Gefühl entsteht, wenn Sie sich so Ihren körperlichen Makeln widmen? Bleiben Sie ganz dabei und spüren Sie, welches Gefühl in Ihnen entsteht (3).
Gehen Sie ganz in dieses Gefühl hinein, lassen Sie es kommen, weichen Sie nicht aus, bleiben Sie bei Ihrem Makel und lassen Sie alle Gefühle zu, auch wenn das unangenehm ist (1).
Sie halten das aus (4).
Besinnen Sie sich nur auf das entstandene Gefühl, halten Sie es (1).
Es ist vielleicht unangenehm, aber Sie halten es aus (3).
Ihre Gedanken wollen weg davon, versuchen Sie weiter, Ihre ganze Aufmerksamkeit auf dieses Gefühl zu richten (2).
Warten Sie, bis Sie das Gefühl ganz erfaßt haben (1).
Weichen Sie nicht aus (4)!
Ihre Gedanken wollen weg davon, versuchen Sie weiter, Ihre ganze Aufmerksamkeit auf dieses Gefühl zu richten (3).
Warten Sie, bis Sie das Gefühl ganz erfaßt haben (1).
Weichen Sie nicht aus (4).
Erst wenn das Gefühl an Intensität nachläßt oder zumindest weniger deutlich wird, sollten Sie Ihre Aufmerksamkeit davon ablenken (4) ...
Sagen Sie sich dann: Es ist gut, daß ich meine körperlichen Schwachstellen akzeptiere (1).
Wenn ich bisher meinen Körper zu wenig annehmen konnte, dann habe ich Bewertungen vorgenommen, die unangemessen waren, die mir schaden (1).
Ich orientiere mich nicht an zweifelhaften Schönheitsnormen (1).
Ich akzeptiere mich so, wie ich bin und mache für mich das Beste daraus (4).

Und dann schalten Sie ab; achten Sie jetzt auf Ihre Atmung und entspannen Sie sich. Spüren Sie, wie sich der Körper beim Einatmen leicht anspannt, um sich beim Ausatmen wieder zu entspannen. Folgen Sie der Entspannung (1),
tiefer und tiefer entspannen (2).
Gut so, Sie werden ruhiger und ruhiger (3).
Und Sie bleiben ruhig und machen sich nun weiter fertig (1).
Sie bleiben wieder ganz bei diesem Geschehen und denken an nichts anderes (2).
Und wenn Sie dann die Badezimmertür öffnen, sagen Sie sich: Es ist gut, daß ich zu mir stehe - so bin ich offen und habe den Mut, offen auf alles zuzugehen (2).
Dann schließen Sie die Tür. Und damit schließen Sie alle Gedanken ab, die Sie oder Ihre Partnerschaft belasten (4).
Sie gehen nun ins Schlafzimmer und sind mit Ihren Gedanken und Gefühlen ganz im Augenblick: Sie spüren den Boden unter Ihren Füßen, fest und sicher; Sie atmen ruhig und gelassen; Ihr Körper ist locker und entspannt. Und nun lassen Sie sich ins Bett fallen und Sie lassen sich auch innerlich ganz fallen, entspannen tiefer und tiefer und fühlen sich locker und gelöst (4).
Halten Sie dieses Gefühl weiter aufrecht, während Sie gedanklich wieder hierher zurückkehren.
Und nun sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung beenden werden (1),
strecken sich, räkeln sich und öffnen angenehm erfrischt und mit sich zufrieden die Augen.

Siebte Sitzung

Stellen Sie sich nun einmal vor, daß Sie oben vor einer Treppe stehen, die mit 10 Stufen hinunterführt, eine schöne, elegante Treppenflucht. Sie sehen die Treppe, die mit schönen, weichen, dicken Teppichen belegt ist. Und während ich von 10 bis 1 zurückzähle, werden Sie gleich diese Treppe hinuntersteigen. Und mit jeder Stufe werden Sie sich tiefer und tiefer entspannen.
So, wir beginnen.
10, erster Schritt, Sie spüren den weichen Teppich unter Ihren Füßen,
9, 8, langsam weiter hinunter, tiefer und tiefer entspannt.
7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.
Unten angekommen, angenehm ruhig, tief entspannt sehen Sie einen Sessel, auf den Sie sich gleich setzen werden und wo es Ihnen möglich sein wird, auch unangenehme Wahrheiten aufzunehmen.
Als Jungen und Männer werden wir zu den drei L der Männlichkeit erzogen. Leistung, Leistung, Leistung. Wir lernen, daß wir nach unseren Leistungen und Taten beurteilt werden.
Man bringt uns bei, unsere Pflicht zu erfüllen, uns stets neuen Aufgaben zu stellen, uns auf die Ziele zu konzentrieren und verbissen zu arbeiten, bis sie erreicht sind. Man bekommt nichts geschenkt, nur wer wagt und hart arbeitet, gewinnt.

Gefühle und andere Dinge, die sich dem in den Weg stellen könnten, werden geleugnet oder ignoriert.
Wenn es um Leistung geht, funktionieren wir wie Maschinen. Man gebe uns eine Aufgabe und ein Ziel, einige nähere Einzelheiten und vielleicht noch ein Zeitlimit, und wir sind in unserem Element. In vielen Bereichen liegen wir mit dieser Einstellung genau richtig: Mit dieser Leistungsorientierung sind wir durch die Schule gekommen, haben Spiele gewonnen, Geld verdient.
Das Problem ist nur, daß jede Tätigkeit von dieser Leistungsethik bestimmt wird. Anstatt sie als eine bei einigen Situationen angebrachte Haltung zu akzeptieren, lassen wir sie unser ganzes Leben prägen, so daß sie schließlich für viele von uns zur einzig möglichen Daseinsweise wird.
Es ist verständlich, daß wir uns auch beim Sex von dieser Leistungsorientierung nicht lösen können.
Wie sonst sollten wir auch angesichts unserer Erziehung mit einem solch angstbeladenen Erlebnis fertig werden?
Die üblichen sexuellen Vorstellungen sind uns dabei eine große Hilfe, da sie Sex als vorwiegend männliches Unternehmen definieren, und nichts so sehr wie Leistung zählt.
Beim Sex dieses Modells kommt es nur auf die Ziele, gewöhnlich Geschlechtsverkehr und Orgasmus, an. Man tut so wenig wie möglich, um diese Ziele zu erreichen. Vielleicht muß man die Frau mit einem guten Essen einstimmen. Ihr ein paar nette Nichtigkeiten vorheucheln und ein wenig Zeit für ein Vorspiel investieren, aber man beschränkt sich auf das absolut Notwendige und verliert nie den Grund aus den Augen, warum man all diese uninteressanten Aktivitäten auf sich nimmt.
In den meisten erotischen Büchern und Filmen gibt es fast überhaupt kein Vorspiel, und einfach nur mit dem Körper des Partners herumzuspielen, ohne ein bestimmtes Ziel im Auge zu haben, ist so gut wie unbekannt.
Henry Miller gibt in all seinen Werken zahllose Beispiele für zielorientierte Sexualität. Er geht sofort zur Sache. Je weniger Worte oder andere Preliminarien, desto besser. Im folgenden Beispiel besucht er eine Frau, die er kaum kennt, um ihr sein Beileid zum Tod ihres Mannes auszusprechen. Sie bittet ihn, sich zu ihr auf das Sofa zu setzen.
Wir saßen auf dem niedrigen Sofa und mildes Licht durchflutete das Zimmer, ihre runden, wogenden Hüften rieben sich gegen mich. Meine Schläfen pochten. Und dann all das dumme Gerede über ihren Paul und was für ein guter Mensch er doch gewesen sei. Ich beugte mich schließlich zu ihr hinüber und hob, ohne ein Wort zu sagen, ihr Kleid an und ließ ihn in sie gleiten. Und als er darin war und ein wenig zu kreisen begann, fing sie an zu stöhnen, irre vor Reue und Schuld, unter Keuchen und kleinen, spitzen Schreien der Lust und der Qualen.
Unsere Leistungsorientierung, die dafür sorgt, daß unser Hauptinteresse dem Erreichen von Zielen gilt, führt letztlich zu der Einstellung, den Verlauf einer sexuellen Aktivität ruhig ignorieren zu können oder sich daran nicht intensiv beteiligen zu brauchen - es ist ja nur Vorspiel.

So entgehen uns Erfahrungen, die durchaus stimulierend und lustvoll sein könnten.
Unsere Zielorientierung hat die Unfähigkeit zur Folge, sich auf die Gegenwart zu konzentrieren, da wir dazu erzogen worden sind, immer nur auf das zu achten, was in der Zukunft liegt. Es ist tragisch, daß wir, selbst wenn wir unser Ziel erreicht haben - sei es Geschlechtsverkehr, Orgasmus oder etwas nicht Sexuelles, wie einen bestimmten Status oder ein bestimmtes Einkommen - , es nicht genießen können, weil unsere Zielorientierung uns dazu zwingt, schon wieder ein neues Ziel anzusteuern. Wir können uns nie der Gegenwart widmen, das bedeutet, daß es uns sehr schwer fällt, irgend etwas zu genießen.
Anstatt Sex als eine Möglichkeit anzusehen, die zwei Menschen näher zusammenbringt und Spaß macht, und uns zu fragen, ob wir es genossen und menschliche Wärme verspürt haben, betrachten wir Sex als Arbeit und fragen, wie steif das Glied war, wie lange die Erektion dauerte und wieviele Orgasmen sie hatte.
Wenn man sich stets an Zielen orientiert, verspürt man auch sehr viel Angst, denn bei Angst handelt es sich um nichts anderes als die Furcht, bestimmte Ziele nicht zu erreichen. Je größer das Bedürfnis ist, Ziele zu verwirklichen, umso größer ist die Angst. Da Angst sexuelles Interesse und auch die sexuelle Reaktion leichter blockiert, sitzen wir in einer Zwickmühle: Je mehr Gedanken wir uns darüber machen, ob wir auch gut genug sind, je mehr wir uns bemühen, umso schlechter klappt es. Es besteht kein Zweifel daran, daß dieses Bedürfnis, etwas zu leisten, alles richtig zu machen und die Ziele zu erreichen, Ursache vieler unserer sexuellen Probleme ist.
Eine letzte Konsequenz aus dieser Leistungsethik ist unser Hang, der Arbeit einen sehr viel größeren Stellenwert beizumessen als dem Vergnügen. Viele von uns glauben in ihrem Innersten immer noch, daß es nicht ganz richtig ist, etwas nur des Vergnügens wegen zu tun. Infolgedessen planen wir wenig Zeit für körperliche Zuneigung und Sex ein. Andere Dinge wie der Beruf, das Bezahlen von Rechnungen, die Kinder und Reparaturen am Haus haben Vorrang.
Für Sex bleibt meist gerade noch ein Minütchen zwischen diesen "wichtigen Angelegenheiten". Viele Männer haben Sex nur dann, wenn sie müde oder in Eile sind oder an andere Sachen denken.
Überrascht es da, wenn ihre sexuellen Erfahrungen nicht sonderlich zufriedenstellend sind?
Lassen Sie diese Sätze noch auf sich wirken! Wo in Ihrem Körper haben Sie etwas gespürt, wenn Sie zugehört haben? Womit hängt dieses Körpergefühl zusammen?
Sie wollen etwas verändern. Fangen Sie damit an, daß Sie sich mehr Zeit nehmen. Stellen Sie sich jetzt vor, wie Sie sich ausziehen und es sich in Ihrem Stuhl bequem machen.
Spielen Sie dann mit Ihrem Penis und fokussieren Sie die Empfindungen im Penis. Konzentrieren Sie sich nur auf die Körperempfindung im Penis, während Sie herauszufinden versuchen, wie er am liebsten gestreichelt wird.

Sie müssen dabei weder eine Erektion noch einen Orgasmus haben.
Beginnen Sie, Ihren Penis langsam und sanft zu streicheln. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den Penis, so daß Sie sich der Empfindungen, die durch die Berührung hervorgerufen werden, bewußt sind. Wenn es für Sie kein Problem ist, die Ejakulation so lange hinauszuschieben, wie Sie wollen, verwenden Sie ein Gleitmittel.
Gleichgültig, wie weich oder hart Ihr Penis ist, es existieren Empfindungen in ihm, derer Sie sich bewußt werden können.
Der Penis ist reich mit Nervenenden ausgestattet, die Empfindungen hervorrufen, wenn Sie stimuliert werden. Die Empfindungen können je nach dem, wie erregt Sie sind, wie hart oder weich Ihr Penis ist und wie Sie ihn berühren, unterschiedlich sein. Es liegt an Ihnen, mehr über diese Empfindungen herauszufinden.
Lassen Sie sich Zeit. Hier geht es nicht um Geschwindigkeit. Es gibt nichts zu erreichen und nichts zu vollenden. Spielen Sie einfach nur mit Ihrem Penis und genießen Sie es. Fokussieren Sie unaufhörlich und experimentieren Sie mit verschiedenen Streichtechniken: Streichen Sie beispielsweise den ganzen Schaft und die Eichel oder nur den Schaft und nur die Eichel, probieren Sie kreisende Bewegungen usw., unterschiedlich starken Druck und unterschiedliche Geschwindigkeit (aber nicht zu schnell). Achten Sie darauf, was Ihnen gefällt. Spielen Sie eine Viertelstunde lang mit Ihrem Penis. Wenn Sie merken, daß Sie kurz vor dem Orgasmus stehen, bevor die Zeit um ist, hören Sie auf zu masturbieren und warten Sie ein, zwei Minuten bis der Drang zur Ejakulation nachläßt. Fangen Sie dann wieder an zu streicheln. Falls Sie nach einer Viertelstunde ejakulieren wollen, tun Sie es ruhig, aber überstürzen Sie auch jetzt nichts und fokussieren Sie weiterhin Ihren Penis. Denken Sie daran, daß keine Verpflichtung zum Orgasmus besteht. Ejakulieren Sie nur, wenn Sie es wollen.
Das Fokussieren der Körperempfindungen sollte Ihnen nicht mehr schwer fallen, und Sie sollten in der Lage sein, Ihre Aufmerksamkeit wieder auf sie zu lenken, wenn Sie feststellen, daß Ihre Gedanken abschweifen.
Das Abschweifen der Gedanken ist ganz natürlich. Gedanken haben das nun mal so an sich, das ist weiter kein Problem. Bringen Sie Ihre Aufmerksamkeit nur immer wieder auf die Empfindungen im Penis.
Wenn Ihnen die Empfindungen langweilig und eintönig erscheinen, liegt es wahrscheinlich daran, daß Sie eine kosmische Erfahrung erwartet haben. Prüfen Sie, ob Sie sich mit dem zufrieden geben können, was Sie vorfinden und machen Sie sich nicht so viele Gedanken darüber, ob es so überwältigend ist, wie Sie gedacht hatten.
Und wenn Sie dann mit diesem Spiel und mit sich zufrieden sind, dann ziehen Sie sich wieder an und gehen Sie wieder die Treppe hinauf. Und mit jeder Stufe wird Ihnen klarer, daß Sie sich Zeit nehmen können, wird Ihnen bewußter, daß Sie dann mehr erleben werden.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Dann beenden Sie diese Vorstellungsübung.
Räkeln Sie sich, strecken Sie sich und öffnen Sie die Augen.

Achte Sitzung

Machen Sie es sich bequem und entspannen Sie sich.
Lassen Sie sich Zeit, lassen Sie alle Muskeln Ihres Körpers locker werden. Immer mehr locker.
Fühlen Sie sich in den Rhythmus Ihrer Atmung hinein, spüren Sie das Ein und Aus Ihres Atems.
Spüren Sie, wie Ihr Körper sich mit der Atmung leicht anspannt und wieder leicht entspannt. Und während Sie so daliegen und sich Ihr Körper entspannt, gehen Sie in Gedanken durch Ihre Körperteile hindurch und lassen sie innerlich immer mehr locker werden. Und während Sie so in Gedanken durch Ihren Körper wandern, kommen Sie zu Ihren Genitalien, betrachten Sie Ihre Genitalien, spüren Sie Ihre Genitalien und stellen Sie sich vor, wie Sie Ihre Genitalien streicheln.
Nehmen Sie sich Zeit, sich selbst Vergnügen zu bereiten.
Sorgen Sie dafür, daß Sie nicht gestört werden können.
Stellen Sie sich jetzt ruhig vor, daß Sie Ihre Schlafzimmertür verriegeln. Und dann denken Sie daran: Es geht um Spaß.
Und dann tun Sie das, wonach Ihnen gerade zumute ist.
Wenn Sie einen Vibrator benutzen wollen, nur zu. Ziehen Sie es lieber vor, beim Masturbieren mit Seide und Federn herumzuspielen, dann tun Sie dies doch! Alles ist gestattet, solange Sie mit sich allein sind und solange es keinen Schmerz bereitet. Tun Sie alles, was Sie brauchen, um den größten Lustgewinn dabei zu haben. Stellen Sie sich ganz auf Wollust ein.
Spüren Sie eine gewisse Hast? Halten Sie Ihren Körper angespannt? Bewegen sich Ihre Hände schnell - packen Sie Ihren Penis viel zu fest an?
Dann stehen Sie der Masturbation eben doch nicht ganz unbekümmert gegenüber. Es gibt eine stillschweigende Duldung der Selbstbefriedigung bei Jungen, doch trotz sexueller Aufklärung wird immer davon ausgegangen, daß Erwachsene dies nicht tun sollten, besonders dann nicht, wenn Sie einen Sexualpartner haben. In Ihrem Innersten denken Sie doch auch, daß sich das für einen erwachsenen Menschen verbietet, daß es Teufelswerk ist, daß Sie davon vielleicht krank werden, daß Sie dann bei einem Partner nicht mehr richtig funktionieren, daß Sie davon abhängig werden, daß Ihre Mitmenschen entsetzt wären, wenn sie es erführen ...
Mit diesen Vorurteilen sind Sie nicht allein; wir alle sind noch befangen in der Sexualität. Die Kirche hat die "Vergeudung des Samens" als Sünde verurteilt und die Medizin hat eine Zeitlang alle Krankheiten und Übel dieser Welt auf den "Masturbationswahnsinn" zurückgeführt. Daran glauben wir heute nicht mehr, aber unsicher sind wir doch noch.
Von wissenschaftlicher und therapeutischer Seite wird die Masturbation heute empfohlen, weil es Vergnügen macht,

weil Spannungen abgebaut werden, weil man seinen Körper besser kennenlernt und lernen kann, ein besserer Liebhaber zu werden, weil die Partner nicht "benutzt" werden sollten, um z. B. Probleme zu vergessen, weil dann weniger die Gefahr besteht, sich in ein außereheliches Abenteuer einzulassen ... Also fühlen Sie sich nicht schuldig, nutzen Sie die Chancen der Selbstbefriedigung, wie es die anderen Menschen auch tun.
Sie wird nicht an die Stelle des Geschlechtsverkehrs treten, aber sie hilft auszugleichen, wenn zwei Menschen sehr unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse haben. Also gehen Sie die Sache jetzt anders an: Ohne die Angst, erwischt zu werden, entspannen Sie sich, nehmen Sie sich viel Zeit, halten Sie lange durch.
Haben Sie sich jetzt dazu entschlossen? Haben Sie Ihre inneren Widerstände überwunden?
Gut, dann machen Sie es sich jetzt bequem und entspannen Sie sich. Legen Sie sich auf den Rücken, nach Möglichkeit auf einem Bett. Halten Sie Knie gebeugt und etwas auseinander. Streicheln Sie jetzt ganz leicht und sanft die Innenseiten Ihrer Schenkel und den Körper aufwärts bis zu Ihren Brustwarzen. Lassen Sie sich dabei Zeit, Ihr Glied und Ihre Hoden zu streicheln.
Nehmen Sie den Penis am unteren Ende zwischen Daumen und Zeigefinger und bewegen Sie die Vorhaut sanft und langsam nach vorn und zurück.
Machen Sie es ganz sacht und bleiben Sie langsam.
Streicheln Sie Ihre Brustwarzen (ja, auch Männer haben Nervenenden in ihren Brustwarzen) mit Ihrer anderen Hand. Die Brustwarzen werden hart, aufgerichtet. Auch wenn Sie meinen, darauf keine Reaktion zu haben, tun Sie es. Ihr Körper wird reagieren!
Streicheln Sie ganz sanft mit langsamen, leichten Bewegungen vom Schaft Ihres Gliedes bis zur Spitze.
Drücken Sie Ihr Glied etwa genau so fest wie Sie sich den Druck von den Innenwänden einer Scheide vorstellen. Setzen Sie die gleiche Kraft ein, die Sie für einen leichten bis mittelstarken Händedruck brauchen. Vermeiden Sie jeden harten, allzu festen Druck. Sie sollen schließlich nicht so schnell wie möglich ejakulieren.
Setzen Sie die Auf- und Abbewegungen 20 Minuten fort. Beobachten Sie, wieviel Vergnügen Sie dabei empfinden, ohne die Geschwindigkeit zu erhöhen und auf eine Ejakulation hinzuarbeiten. Wenn Sie können, halten Sie Ihre Hoden nieder. Sobald Sie spüren, daß Sie bald zum Orgasmus kommen, spannen Sie Ihre PC-Muskeln an.
Lassen Sie Ihre Gedanken schweifen und wenden Sie sich den lustvollsten sexuellen Phantasien zu, die Sie sich ausdenken können. Lassen Sie sich Zeit für Ihre Phantasie. Und genießen Sie es eine Weile. Bemühen Sie sich nicht.
Es kommt nicht auf den Orgasmus oder die Ejakulation an. Vielleicht haben Sie einen Orgasmus ohne Ejakulation, vielleicht tritt ein bißchen Samenflüssigkeit aus, das ist egal. Nehmen Sie sich jetzt noch die Zeit, die Sie brauchen, um das Erlebnis schön abzuschließen.

Bleiben Sie dann noch bequem sitzen und konzentrieren Sie sich nun nur auf das wohlige körperliche Entspannungsgefühl. Lassen Sie Ihre Gedanken noch einmal in alle Körperpartien hineinschauen. Betrachten Sie alle Körperpartien, alle Muskeln und spüren Sie das Gefühl wohliger Entspannung. Wandern Sie durch Ihren Körper, wandern Sie auch in die Partien, die Ihnen gerne Probleme bereiten, weil Sie Ihnen nicht gefallen, oder weil Sie da Schmerzen spüren und stellen Sie sich dabei vor, daß sich diese Partien weich und entspannt anfühlen und daß Sie innerlich immer mehr locker lassen.
Und dann spüren Sie, daß Ihnen das Gefühl von Entspannung durch Ihren Körper läuft wie eine Welle, die am Strand ausläuft. Bleiben Sie noch ein wenig bei diesem angenehmen körperlichen Empfinden.
Dann nehmen Sie die Entspannung langsam wieder zurück, indem Sie die Arme beugen und den Körper leicht anspannen. Strecken Sie sich, räkeln Sie sich und machen Sie die Augen wieder auf.

Neunte Sitzung

Lassen Sie jetzt bitte Ihren Körper ganz in den Sessel sinken, so daß Sie spüren, wie Ihr Körper gegen den Sessel und die Lehne und die Sitzfläche drückt. Ihr ganzer Körper sinkt in den Sessel hinein, ganz bequem und angenehm.
Und jetzt schließen Sie Ihre Augen und stellen sich vor, daß Sie zuhause in Ihrem Bett liegen und Sie spüren ein schönes Gefühl von körperlichem Wohlbehagen. Und Sie merken, wie Sie sich angenehm schläfrig fühlen. Sie werden immer schläfriger, schläfriger, immer mehr schläfrig.
Und während Sie immer schläfriger werden, wird Ihr ganzer Körper entspannter und entspannter, vom Kopf bis zu den Zehen. Alle Muskeln entspannen sich und Sie fühlen sich ganz wohl. Sie entspannen die Muskeln des Kopfes, Sie lockern die Schultern, die Arme bis in die Finger hinein, Brust und Bauch werden immer mehr locker und entspannt, das Gesäß und die Beine entspannen sich, Entspannung zieht hinunter bis in die Füße und in die Zehen.
In jedem Körperteil spüren Sie ein angenehmes Gefühl tiefer Entspannung.
Der ganze Körper ist gleichermaßen tief entspannt und Sie werden immer tiefer und tiefer entspannt und empfinden ein angenehmes Gefühl, so wie es sich daheim einstellt, wenn Sie gleich einschlafen.
Ohne, daß Sie jetzt einschlafen, genießen Sie diese Ruhe und Entspannung.
Und nun stellen Sie sich vor, Sie liegen daheim im Bett neben Ihrer Partnerin. Sie spüren die Bettdecke. Es ist warm. Sie sind entspannt. Sie streicheln sich gegenseitig. Es ist angenehm. Sie genießen es beide sehr und spüren, wie sie beide erregt werden. Sie möchten noch mehr, möchten Geschlechtsverkehr haben.

Sie spüren, wie Sie sich dabei beweisen wollen, daß Sie ein ganzer Mann sind und daß Sie testen wollen, ob dieses Mal Ihre Erektionsschwierigkeiten wieder auftreten.
STOP: Sie sind auch ohne Erektion ein ganzer Mann. Denken Sie daran, daß bei jedem Mann die Erektion manchmal ausbleibt und daß alle Männer damit zu leben lernen müssen. Eine Erektion kann man nicht erzwingen.
Verderben Sie sich dieses sexuelle Zusammensein nicht damit, daß Sie einen Leistungstest für sich und Ihren Penis daraus machen, sondern versuchen Sie lieber, dieses als ein Spiel zu betrachten, ein Spiel, das Ihnen möglichst viel Spaß machen soll. Also nehmen Sie sich nur vor, Spaß zu haben und das Zusammensein zu genießen, ohne ein bestimmtes Ziel vor Augen.
Sie fahren mit dem Streicheln fort.
Ihre Partnerin genießt es sehr. Sie wird immer erregter und immer aktiver. Sie spielt, liebkost und streichelt jetzt Ihren Penis auf verschiedenste Weise. Sie möchte Ihren Penis zur Erektion bringen, aber es tut sich immer noch nichts. Der Penis ist immer noch schlaff.
Sie beobachten dies und fragen sich verzweifelt, was mit Ihnen los ist. Sie zweifeln an Ihrem Wert als Mensch und als Mann.
STOP: Statt resigniert sich selber in Frage zu stellen, sollten Sie jetzt lieber überlegen, ob Ihre Bedingungen, die für ein befriedigendes sexuelles Erleben für Sie nötig sind, erfüllt sind, ob Sie erregt und in der richtigen Stimmung sind und ob Sie so stimuliert werden, wie Sie es sich wünschen.
Finden Sie heraus, was Sie jetzt bräuchten.
Sie haben nun entdeckt, was für Sie gefehlt hat. Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin darüber und arrangieren Sie es so, daß Sie bekommen, was Sie brauchen.
Bevor Sie jetzt weitermachen, denken Sie daran, daß es kein Ziel zu erreichen gibt, daß es nur um den Spaß und den Genuß geht, und daß man etwas nur genießen kann, wenn man sich genug Zeit dazu nimmt.
Nehmen Sie sich vor, jetzt möglichst entspannt zu sein und sich viel Zeit zum Genießen zu gönnen.
Nun fahren Sie fort, sich gegenseitig zu streicheln und zu liebkosen.
Und während Sie sich ganz diesen angenehmen Berührungen hingeben, spüren Sie, wie Ihr Penis langsam etwas praller wird.
Sie jubeln innerlich: Es tut sich was.
Sie wollen, daß die Erektion noch stärker wird.
Und Sie merken, wie Sie Ihren Penis beobachten,
sich selber wieder mehr unter Druck setzen und versuchen,
die Erektion durch Willensanstrengung herbeizuführen.
Und je mehr Sie sich anstrengen, desto mehr verschwindet die anfängliche Erektion.
Jetzt sind Sie wieder enttäuscht,
verzweifelt,
wütend
und beschämt.

STOP: Machen Sie sich klar, daß das Beobachten und das Erzwingen-Wollen der Erektion diese zum Abklingen gebracht hat.
Die sexuelle Erregung und die Erektion lassen sich genauso wenig erzwingen wie z. B. der Schlaf. Diese Dinge entziehen sich unserer willentlichen Kontrolle.
Der Penis reagiert nur auf angenehme Gefühle.
Stellen Sie den Spaß und die angenehme Körperempfindung in den Mittelpunkt Ihres Denkens.
Sie erkennen jetzt, daß auch Ihre Partnerin durch das Nachlassen der Erektion enttäuscht ist.
Sie denken: Jetzt ist alles verloren. Und Sie möchten sich am liebsten ganz zurückziehen vor lauter Scham.
STOP: Es ist nicht alles verloren! Denken Sie daran, daß Sie auch ohne Erektion Ihr Zusammensein genießen können.
Ziehen Sie sich in dieser Situation nicht von Ihrer Partnerin zurück, sondern bleiben Sie bei ihr und sprechen Sie mit ihr über ihrer beider Gefühle.
Vielleicht erfahren Sie, daß Ihre Partnerin nur darum enttäuscht ist, weil sie befürchtet, für Sie nicht mehr anziehend genug zu sein, oder Sie nicht richtig stimuliert zu haben.
Entkräften Sie solche Befürchtungen. Sie könnten z. B. zu ihr sagen: Ich mag dich und du ziehst mich auch echt an. Ich habe mich auf heute abend gefreut. Du hast alles getan, was man sich nur wünschen kann, und ich bin wahrscheinlich erregt. Ich glaube, es liegt daran, daß ich dich mag und ein guter Liebhaber sein möchte. Ich strenge mich einfach zu sehr an, und immer, wenn ich mich so bemühe, geht mein Penis auf Urlaub. Ich möchte ihn ganz gerne eine Weile in Ruhe lassen, aber ich möchte dich auch gerne noch weiter streicheln, denn das fand ich sehr schön.
Ihre Partnerin fühlt sich jetzt erleichtert; sie erkennt, daß sie an der ausbleibenden Erektion keine Schuld hat.
Sie beide stehen jetzt nicht mehr unter diesem zerstörerischen Leistungsdruck.
Sie fahren fort, sich gegenseitig zu streicheln, wie es der andere gern hat.
Sie lassen sich treiben von dem, was im Augenblick Spaß macht. Es gibt keine wünschenswerten Ziele mehr, die Sie um jeden Preis erreichen müssen.
Es macht Ihnen viel Spaß, einfach berührt und erregt zu werden.
Es ist jetzt für sie beide völlig gleichgültig geworden, ob Sie eine Erektion haben oder nicht.
Und Sie merken, daß man keinen Orgasmus haben muß, um Lust zu empfinden.
Vielleicht wird im Laufe dieses Streichelns und Genießens Ihr Glied steif. Kümmern Sie sich nicht darum. Es ist nicht wichtig. Genießen Sie die Anwesenheit und Aufmerksamkeit Ihres Partners und seine Zuneigung, die Sie in seinem Streicheln spüren können.
Zeigen Sie Ihrem Partner, wie gut Ihnen dieser schöne, angstfreie Umgang miteinander tut und wie sehr Sie seine Zärtlichkeiten genießen.

Sie tun jetzt nur noch, was Ihnen beiden im Augenblick Spaß macht, bis Sie beide genug haben!
Und nun spüren Sie wieder Ihren Körper hier im Augenblick. Lassen Sie die Muskeln locker und entspannen Sie sich. Spüren Sie die Entspannung im ganzen Körper und genießen Sie sie eine Weile. 30 Sekunden.
Und nun kehren Sie aus der Entspannung zurück, räkeln Sie sich und öffnen Sie erfrischt und guter Stimmung die Augen.

Zehnte Sitzung

Versuchen Sie jetzt, offen zu sein für die Empfindung der Schwere, versuchen Sie sich gedanklich vorzustellen, daß Ihre Arme und Beine ganz von alleine auf der Unterlage auf-liegen, dann ganz schwer werden.
Versuchen Sie jedoch, die Schwere nicht zwingen zu wollen und bewußt diese Körperteile schwer zu machen, sondern las-sen Sie das auf sich zukommen, was sich an Empfindungen zeigt. Sie versuchen lediglich, sich gedanklich vorzustellen, daß Arme oder Beine schwer werden und beobachten dann, wie der Körper darauf reagiert. Das kann z. B. sein, daß Sie an Stelle von Schwere eine ganz andere Empfindung am Anfang ha-ben, daß sich die Körperteile leicht anfühlen, daß ein Krib-beln oder eine Art Ameisenlaufen entsteht oder daß Sie Wärme spüren. All dies sind wichtige Wahrnehmungen in diesem Zu-sammenhang, die Sie nicht unterdrücken sollen, sondern ganz im Gegenteil bewußt wahrnehmen und begrüßen. Sie stellen einfach fest, "wenn ich mir vorstelle, die Arme werden schwer, dann spüre ich folgendes ..."
Verweilen Sie bei dieser Vorstellung so lange, wie Sie gerne möchten. Sie können sich aber auch etwa sechsmal vorsagen, "Arme oder Beine werden ganz schwer", doch dies bleibt Ihnen überlassen. Versuchen Sie, nichts zu zwingen, sondern gehen Sie nach einer kurzen Weile über zu der nächsten Übung.
Versuchen Sie jetzt, offen zu sein für die Empfindung der Wärme, stellen Sie sich vor, daß Ihre Hände oder Ihre Beine ganz warm werden.
Im Verlauf der ersten Zeit wird sich vielleicht noch gar nichts einstellen in dieser Richtung, verweilen Sie dann eben bei den Empfindungen, die Sie gerade haben. Das kann z. B. sein, daß Sie bei der Wärmevorstellung Schwere empfin-den oder andere Empfindungen haben. Sind Sie zufrieden mit allem, was Sie spüren.
Versuchen Sie, sich gedanklich vorzustellen, daß Wärme von den Füßen über die Waden, die Knie, die Oberschenkel nach oben zieht oder probieren Sie es mal umgekehrt von den Oberschenkeln über die Knie, die Waden in die Füße sich die Wärme vorzustellen, daß praktisch das Blut die Beine langsam erwärmt, oder bei den Händen können Sie sich als Hilfe vorstellen, daß diese in einem warmen Handschuh stecken oder im warmen Wasser liegen;
fühlen Sie sich frei, in dieser Beziehung mit sich zu experimentieren.

Versuchen Sie jedoch auf keinen Fall, unbedingt jetzt Wärme erreichen zu wollen.
Lassen Sie sich auch hierfür so lange Zeit, wie Sie wollen, d. h. kürzer als zu lang ist besser, damit es Ihnen nicht zur Verpflichtung und Last wird. Sie können sich auch hier z. B. sechsmal vorsagen, Arme oder Beine werden warm.
Lenken Sie jetzt Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Atmung, versuchen Sie, sich in den Rhythmus Ihrer Atmung einzufühlen.
Versuchen Sie zu spüren, wie die Luft durch die Nase raus und rein geht, wie sich der Brustkorb oder der Bauch hebt und senkt,
versuchen Sie aber nicht, bewußt oder gezielt zu atmen, sondern sich vorzustellen, daß die Atmung im Grunde ganz von alleine vor sich geht, daß Sie gar nichts dazu tun müssen.
Sie lassen es atmen, stellen sich vor, die Atmung geht gleichmäßig und ruhig, geht ganz von alleine, "es atmet mich".
Bleiben Sie auch bei dieser Übung nur eine kurze Weile, solange, wie es Ihnen angenehm erscheint.
Sie versuchen zum Schluß, Ihre Haltung, die Sie jetzt einnehmen, mit den Worten zusammenzufassen
"ich bin ganz ruhig".
Und nun stellen Sie sich vor, wie Sie am Abend Ihr Schlafzimmer betreten (1) .
und dann Ihr Bett aufschlagen (1).
Und nun lassen Sie sich ins Bett fallen und genießen Sie in diesem Augenblick Ihren lockeren und entspannten Körper (2).
Mit diesem schönen Gefühl wenden Sie sich Ihrer Partnerin zu (1).
Spüren Sie deren Körper, versuchen Sie gedanklich ganz beim Augenblick zu bleiben (1),
spüren Sie Ihre Haut, Haare, warme und kühle Körperpartien ... (4)
Drängt sich Ihnen Unsicherheit auf, ob Sie weitermachen sollen? Ob Sie weitermachen können? (4)
Bleiben Sie eine Weile bei diesem Gefühl der Unsicherheit, halten Sie es aus (4)...
Nun klären Sie Ihr Bedürfnis und entscheiden Sie sich: Das Einverständnis Ihrer Partnerin zum sexuellen Erlebnis reicht nicht aus, Ihren eigenen sexuellen Mechanismus in Gang zu bringen (1).
Sie müssen sich jetzt - bloß weil Ihre Partnerin bereit ist - nicht wie wild bemühen und sich anstrengen (4).
Sie sind ein Mann mit unterschiedlichen Bedürfnissen (1).
Finden Sie jetzt besser heraus, welches Bedürfnis Sie im Augenblick haben (3).
Empfinden Sie Erregung? Erregung ist das Verlangen, eine Frau zu berühren, sexuell mit ihr zu verkehren. Sie wird oft als heftiger Impuls oder Drang zur Partnerin empfunden, kann aber auch vorhanden sein, ohne daß Sie an eine bestimmte Partnerin denken. Vielleicht haben Sie den Wunsch, einer Partnerin nahe zu sein, mit ihr zu verschmelzen, oder ein warmes, prickelndes Gefühl im Penis oder anderswo, vielleicht ein allgemeines Empfinden, daß Sie etwas wollen. Erwacht vielleicht Ihr ganzer Körper irgendwie zum Leben? (4)

Es ist wichtig, zu erkennen, ob Sie sexuell erregt sind.
Fragen Sie sich, welche Empfindungen oder Gefühle Ihnen jetzt sagen, daß Sie zum Sex aufgelegt sind (4).
Verfallen Sie nicht in den Mythos, zu glauben, daß Männer automatisch in jeder Situation erregt sind, sondern fragen Sie sich immer erst, ob Sie sich erregt fühlen - und Fühlen ist etwas anderes als Denken - oder ob Sie vielleicht noch erregt werden (4).
Fragen Sie sich dann, ob Sie den Augenblick auch genießen können (1),
ob Sie das sexuelle Geschehen auch wahrnehmen (1),
spüren (1),
beobachten (1)
und mit sexueller Phantasie begleiten können (2).
Konzentrieren Sie sich dabei auf Ihre Partnerin, auf das, was Sie an Frauen sexuell erregt (4).
Empfinden Sie das als sexy, spüren Sie etwas dabei? (4)
Sind auch sonst alle Ihre Bedingungen für befriedigenden Sex erfüllt? (4)
Wenn alles stimmt, dann machen Sie weiter, aber nur so, wie es Ihnen gefällt.
Stimulieren Sie sich und lassen Sie sich so stimulieren, wie Sie es mögen.
Sagen Sie jetzt zu Ihrer Partnerin: Ich möchte, daß Du mich am Penis streichelst oder nehmen Sie die Hände Ihrer Partnerin und führen Sie diese so, wie es Ihnen am angenehmsten ist. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf die Empfindungen im Penis (4).
Zeigen Sie Ihrer Partnerin immer wieder, wie Sie es gerne haben (1)
und bestätigen Sie sie - sagen Sie ihr: Weiter so, gut (4).
Es kommt nicht darauf an, eine Erektion zu bekommen; üben Sie sich darin, die Empfindungen des Penis aufmerksam zu spüren, zu fokussieren (4).
Welche Körperempfindungen stellen sich ein? Spüren Sie diese nachhaltiger, indem Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz darauf richten? (2)
Tun Sie es passiv und feinfühlig ohne Anstrengung (1).
Genießen Sie die Stimulation (4).
Schweifen Ihre Gedanken ab? Es gibt keine Möglichkeit, zu verhindern, daß Ihre Aufmerksamkeit nachläßt. Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit einfach wieder auf den Penis (2).
Und bestätigen Sie auch wieder Ihre Partnerin, wenn Sie weitermachen soll: Schön so, noch ein bißchen ... (4)
Erwarten Sie nichts Bestimmtes beim Fokussieren,
Sie müssen nichts fühlen (1).
Was auch immer da ist, das ist da (4).
Merken Sie vielleicht, daß Ihr Verstand zu arbeiten beginnt? Sagen Sie sich vielleicht gar: Nun sollte er aber bald steif werden. Neigen Sie dazu, Druck anzuwenden? (4)
STOP: Akzeptieren Sie, daß Sie ungeduldig geworden sind; aber wenn Sie sich verkrampfen, dann stimmen die sexuellen Bedingungen nicht mehr (3).
Also kontrollieren Sie die aufkommende Unsicherheit, Angst und Blockierung, indem Sie ruhig mit sich reden und sich

entspannen: Jetzt bin ich mal wieder in einen alten Fehler verfallen, aber das macht nichts; wenn ich mir jetzt vornehme, das zu genießen, was hier jetzt gerade geschieht und mich dabei entspanne, wie ich es gelernt habe (1).
Und spüren Sie wieder Ihr Bett, den Körper Ihrer Frau, Betttuch, Kissen, Haut, Haare, Wärme ... (1)
Lassen Sie Ihren Körper locker ins Bett fallen (1)
und spüren Sie Ihre Atmung (1)
ruhig und regelmäßig (1)
mit jedem Aus der Atmung entspannt sich Ihr Körper (1).
Folgen Sie der Entspannung (1),
tiefer und tiefer (1),
immer ruhiger, gelassener und sicherer (4).
Wenn eine leichte Erektion vorhanden war, lassen Sie sie ruhig vergehen (4).
Sie wollen doch lernen, anders als in der Vergangenheit damit umzugehen (2).
Entspannen Sie sich - plaudern Sie mit Ihrer Partnerin (2).
Und lassen Sie den Penis ganz weich und klein werden (4).
Wollen Sie sich nun wieder liebkosen? (1)
Dann spielen Sie weiter miteinander (1).
Streicheln Sie Ihre Partnerin, wie sie es möchte (4).
Und lassen auch Sie sich wieder streicheln, wie es Sie stimuliert (4).
Und während Sie bei den körperlichen Empfindungen bleiben, die Ihnen gut tun, phantasieren Sie dazu, was Ihren Spaß erhöht (1).
Ihr Vergnügen verstärkt (1).
Sie noch mehr erregt (1).
Ihrer durch die Stimulation angeregten Phantasie sind keine Grenzen gesetzt (4).
Machen Sie weiter (1).
Fahren Sie fort und spüren Sie immer wieder den weiblichen Körper bei Ihnen (4).
Spüren Sie, wie sich der Körper Ihrer Partnerin mehr und mehr erregt (4).
Und genießen Sie die Erregung Ihrer Partnerin, bleiben Sie bei dieser Erregung (1),
machen Sie mit (4).
Und auch Ihre Erregung wird stärker (2).
Beide werden sie immer erregter (2)
und balden werden Sie ejakulieren wollen (4).
Lassen Sie es nun ausklingen (2).
Genießen Sie es noch weiter (2),
entspannt genießen (1).
Sie spüren das Bett, den Körper, weich und warm, und fühlen sich entspannt (1).
Genießen Sie diesen Zustand eine Weile, während Sie bei Ihrer Partnerin liegen (4).
Und nun kehren Sie mit Ihren Gedanken wieder hierher zurück, und sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung beenden werden (2).
Strecken Sie sich dann, räkeln Sie sich und öffnen Sie gelöst die Augen.

11. Sitzung

Lassen Sie jetzt bitte Ihren Körper ganz in den Sessel sinken, so daß Sie spüren, wie Ihr Körper gegen den Sessel und die Lehne und die Sitzfläche drückt. Ihr ganzer Körper sinkt in den Sessel hinein, ganz bequem und angenehm.
Und jetzt schließen Sie Ihre Augen und stellen Sie sich vor, daß Sie zu Hause in Ihrem Bett liegen und Sie spüren ein schönes Gefühl von körperlichem Wohlbehagen. Und Sie merken, wie Sie sich angenehm schläfrig fühlen. Sie werden immer schläfriger, schläfriger, immer mehr schläfrig. Und während Sie immer schläfriger werden, wird Ihr ganzer Körper entspannter und entspannter vom Kopf bis zu den Zehen. Ihre ganzen Muskeln entspannen sich und Sie fühlen sich ganz wohl. Sie entspannen die Muskeln des Kopfes, Sie lockern die Schultern, die Arme bis in die Finger hinein, Brust und Bauch werden immer mehr locker und entspannt, das Gesäß und die Beine entspannen sich, Entspannung zieht hinunter bis in die Füße und in die Zehen. In jedem Körperteil spüren Sie ein angenehmes Gefühl tiefer Entspannung.
Der ganze Körper ist gleichermaßen tief entspannt und Sie werden immer tiefer und tiefer entspannt und empfinden ein angenehmes Gefühl, so, wie es sich daheim einstellt, wenn Sie gleich einschlafen.
Ohne, daß Sie jetzt einschlafen, genießen Sie diese Ruhe und Entspannung.
Und nun stellen Sie sich vor, Sie sind bei sich zu Hause, Sie liegen im Bett neben Ihrer Partnerin / Sie spüren die Bettdecke /
Es ist warm, Sie sind entspannt // Sie streicheln sich gegenseitig /
Es ist angenehm / Ihre Partnerin genießt es sehr // sie wird aktiver, immer aktiver ///
Sie fragen sich, ob Sie das sexuelle Spiel weitermachen möchten, denn Sie hatten heute viel zu tun und fühlen sich müde // Gleichzeitig erleben Sie die Erregung Ihrer Frau, sie wird immer aktiver / Sie wissen - es ist klar, daß Ihre Frau weitermachen möchte, daß sie den Beischlaf sucht ///
Sie machen weiter mit, streicheln Ihre Frau, so, wie Sie wissen, daß sie es mag // Und sie reagiert / sie ist erregt / sie versucht, Sie zu stimulieren // Sie möchte Ihren Penis zur Erektion bringen / aber es tut sich nichts //
Sie fühlen sich unter Druck, wollen sich anstrengen, ihr zuliebe //// Aber so tut sich nichts / Der Penis ist schlaff // Keine Reaktion /// Nichts ///
Die Aktivitäten flauen ab / Sie liegen nebeneinander - und es ist klar, es geht bei Ihnen jetzt nicht // Sie sind enttäuscht ///
Vorsicht, grübeln Sie dieses Mal nicht über ein vermeintliches Versagen! Falsch war nur, bei Müdigkeit so weiter zu machen, als ob Sie topfit und erregt wären. Achten Sie das nächste Mal darauf, daß auch Ihre Bedingungen stimmen! Entspannen Sie sich jetzt wieder und sagen Sie sich: Es ist schade, mir ist ein Teil des Vergnügens ausgeblieben, aber ich kann das ertragen und ich akzeptiere es ////

Wenn die Gliedsteife schwindet, ist es eine spontane Reaktion, dafür habe ich keine Verantwortung. - Es war unter den gegebenen Bedingungen zu wenig stimulierend / zu wenig reizvoll ///
Sprechen Sie nun mit Ihrer Partnerin darüber, daß Sie zu müde waren // Sagen Sie ihr, daß Ihr Fehler darin bestand, daß Sie die Müdigkeit Ihrer Frau zuliebe ignorieren wollten /// Stattdessen hätten Sie sich für Schlaf entscheiden sollen /// Oder hätte sich Ihre Frau auch gern durch Sie sexuell stimulieren lassen ohne Einführung des Penis, wenn Sie mit ihr darüber gesprochen hätten? ////
So ist es gut, sprechen Sie ohne Schuldzuweisung mit ihr darüber, wie es am meisten Spaß macht // Aber Sie brauchen sich nicht zu entschuldigen oder sich groß zu erklären // Es tut Ihnen leid für Ihr Vergnügen und ebenso tut es Ihnen leid für Ihre Frau // Aber jetzt akzeptieren Sie, daß es heute nicht ging und es ist jetzt auch egal, ob es vielleicht noch zu schaffen gewesen wäre ////
Es ist jetzt auch gleichgültig, ob Ihre Frau jetzt ein bißchen enttäuscht ist, oder ob sie vielleicht ein wenig wütend ist oder ob sie nur müde ist //// So wie es ist, so ist es - es ist nun mal so gelaufen ///
Wie werden wir uns in 5 Wochen fühlen, wenn wir dann mehrmals schön miteinander Geschlechtsverkehr gehabt haben werden? //// Dann wird das Heute überhaupt nicht fehlen / und wozu dann heute so tun, als wäre es wichtig? ////
Es hat nicht geklappt, schade, aber es ist nicht wichtig ///
Wichtig ist, daß man das mitnimmt, was man mitnehmen kann / Und einiges haben wir mitgenommen // es war schön, entspannt nebeneinander zu liegen, das warme Bett und den warmen Körper neben sich zu spüren und sich zu streicheln ///
Und jetzt spüren Sie wieder das Bett, den Körper neben sich, die Wärme und Sie werden ruhig / Ruhig und entspannt und fühlen sich angenehm wohl //
Und mit Ihren geschlossenen Augen spüren Sie, wie sich ein schönes Gefühl körperlichen Wohlbehagens in Ihrem ganzen Körper wieder ausbreitet.
Und Sie merken jetzt, wie Sie sich angenehm schläfrig fühlen.
Und Sie werden immer schläfriger und Ihr Körper wird entspannter, entspannt vom Kopf bis zu den Zehen.
Ihre ganzen Muskeln entspannen sich wieder und Sie fühlen sich wieder ganz wohl.
In jedem Körperteil spüren Sie wieder ein angenehmes Gefühl.
Gleichzeitig werden Sie tief entspannt, wieder völlig entspannt im ganzen Körper gleichermaßen tief entspannt. Und mit der körperlichen Entspannung kommt auch wieder die Ruhe und Zufriedenheit zurück. Sie fühlen sich wohl und genießen diese Ruhe in Ihrem Bett.

12. Sitzung

Heute gönnen Sie sich mal einen zusätzlichen Urlaub.
In Gedanken sind Sie im Nu in einer wunderschönen Gegend;

am Wasser, fernab von allen Menschen / Es ist so herrlich warm, daß Sie mit einem Schlauchboot hinaus aufs Wasser fahren / Sie treiben vor sich hin / und Sie genießen diese Ruhe und Ungestörtheit / Sie spüren den warmen Gummi des Schlauchbootes. Sie spüren, wie Ihr Körper auf dem Boot fest anliegt, wie sich der Körper, da wo er aufliegt, etwas eindrückt /
Und Sie spüren, wie sich das Wasser unter dem Boot bewegt / Und obwohl alles weich ist, ist doch alles fest und stabil / Sie sind weit draußen / allein in der Natur / Es ist so herrlich warm und ruhig, daß Sie die Badehose ausziehen und sich ganz nackt, sonnend ins Boot legen /
Das Wasser unter Ihnen, der Himmel über Ihnen / Und wie das Boot so dahintreibt, treiben auch Ihre Gedanken ab ...
Sie träumen davon, daß Sie ein großer Liebhaber werden / ein Liebhaber, der die Frau verführt /// ein Liebhaber, der die Wünsche der Frau erspürt, die Wünsche erfragt und erfüllt ///
ein Liebhaber, der alles mitmacht, was sich die Frau vorstellt und wünscht ////
Alles kann den Sex bereichern, nichts ist von vornherein ausgeschlossen ///
Sie träumen davon, wie Sie Ihre Frau verführen, wie Sie mit ihr spielen, wie Sie sie vielseitig streicheln und stimulieren ///
Es ist schön und erregend ///
Sie werden wieder wach und spüren das warme Boot; Sie spüren, wie sich das Wasser unter dem Boot bewegt //
Sie fühlen sich wohl, aber Ihre Gedanken gehen zu sexuellen Handlungen zurück, wie Sie sie in letzter Zeit oft erlebt haben. Sie wissen, daß es oft gar nicht geklappt hat, und daß Sie sich davon sehr haben verunsichern lassen /// Es ist zum Verzweifeln; daß Sie dieses Problem nicht in den Griff bekommen // Was immer Sie sich vorgenommen hatten, es hat nichts genützt // Wenn Ihr Penis so schlapp in der Gegend liegt, ist es zum Weinen // Sie sind so hilflos // Sie könnten weinen, wie als Kind ...
Jetzt aber, hier in der warmen Sonne, in dieser schönen Atmosphäre draußen auf dem Wasser, spüren Sie keinerlei Unsicherheit /// Sie können sogar innerlich über sich lachen, daß Sie diese Körpervariationen irritiert haben ///
Und wie oft haben Sie sich um Spaß und Spiel und Lust gebracht, indem Sie meinten, Erwartungen erfüllen zu müssen /// Erwartungen, die womöglich außer Ihnen keiner hegte /// Sie lachen jetzt innerlich darüber ////
Und Ihre Gedanken werden von der Sonne wieder erwärmt / und auch Ihr Becken wird von der Sonne angenehm warm / und Sie spüren Lust //
Es macht Ihnen Spaß, bequem in der warmen Sonne zu liegen / Und Sie wissen dabei, daß man auch davon genug bekommt / und daß vor allem zwei Menschen nicht ihr ganzes Leben lang die gleiche Lust, die Sonne zu genießen, immer gleichzeitig empfinden könnten ////
Und wie Sie so ruhig und sicher im warmen Boot liegen, wissen Sie, ist Ihnen ganz klar, daß Sie nicht auf der Welt

sind, um nach den Erwartungen anderer zu leben ////
Und während Sie sich von den Sonnenstrahlen wieder angenehm erwärmen lassen und sich dabei tiefer und tiefer entspannen, empfinden Sie überhaupt keine Angst mehr davor, daß die Erwartungen zweier Menschen immer wieder auseinandergehen. Und Sie sagen sich: Ich bin ich auch im Sex, und meine Partnerin ebenso. Und dabei verstehen Sie, daß es deshalb so schön ist, wenn man sich dann doch immer wieder trifft ////
So vieles wird Ihnen auf einmal klar: Weshalb haben Sie sich immer so bemüht, brav zu sein?
Wenn Sie zu einem Unsinn Lust haben, warum dann nicht dazu stehen? //
Und wenn Sie Ihre Partnerin bedrängen, und sie will nicht, warum dann nachgeben? /
Ist es nicht viel erlebnisstärker, darum zu kämpfen? //
Ist es für die Partnerin nicht Bestätigung, wenn Sie sie bedrängen, wenn Sie scharf auf sie sind? /
All diese vornehme Zurückhaltung und Vorsicht hat soviel Lust bei Ihnen eingeschläfert /
Aber jetzt ist sie wieder erwacht //
Ja, erstreiten Sie sich auch mal Ihr Vergnügen - seien Sie stark, seien Sie unnachgiebig / Wagen Sie es, dominant zu sein / spielen Sie heute mal den Herrn und Gebieter ///
(Hier setzt Hintergrundmusik ein: Je t'aime).
Und während Sie sich so stark fühlen, erleben Sie Ihren Körper angenehm. Und mit geschlossenen Augen sehen Sie Ihren Penis / und Sie sehen, wie er von ganz klein und schlaff plötzlich ganz groß, kräftig und stramm wird // dann wird er wieder niedlich klein / und wieder größer: die Arterien des Penis erweitern sich, wodurch ihm vermehrt Blut zugeführt wird; die drei Schwellkörper füllen sich, wodurch er sich hebt und versteift; die Haut des Hodensacks verdickt sich und der Hoden wird an den Körper herangezogen. Weiter füllt sich der Penis mit Blut; die Venen drosseln den Blutabfluß, die Erektion nimmt zu. Die Eichel schwillt an, der Hoden wird größer, die Harnröhre verdoppelt ihren Durchmesser und Samenflüssigkeit wird angesammelt. Muskelspannung, Pulsfrequenz und Blutdruck steigen an und immer mehr Blut sammelt sich im Penis, der steigt und steigt und immer fester wird ////
Und dabei wird Ihnen bewußt, daß es nicht nur Ihr Penis ist, der Sex macht / daß der Penis nur ein Teil ist / und daß Sie mehr als dieser Teil sind / und Sie können mehr erleben und mehr tun, viel mehr ////
Und wieder träumen Sie davon, wie Sie als Liebhaber Ihre Frau vielfältig umgarnen und verführen / wie Sie sie schnell überraschen und langsam gewinnen. Und Ihre Lust auf Sex nimmt zu mit jeder Bereicherung des sexuellen Geschehens in Ihrem Traum //
Sie empfinden Lust auf Spiel, auf Aktivität und Dominanz / dann auf Verwöhntwerden und Passivität / auf Abwechslung und Vertrautheit ////
Und wie Sie sich so auf sich selbst besinnen, erscheint es Ihnen gar nicht mehr als Traum // Sie wissen, daß Sie so empfinden und handeln können / So, wie Sie sich mit

geschlossenen Augen im Boot haben liegen sehen, so konnten Sie sich auch als Liebhaber initiativ / liebevoll / drangvoll / zärtlich / vielseitig / rücksichtsvoll / sehen / Sie sind es //
Und mit dieser genußvollen Sicherheit besinnen Sie sich wieder auf Ihren Urlaubstag / Wie Sie im Boot liegen. Sie spüren das Wasser unter Ihnen und die angenehme Wärme der Sonne und Sie sehen kleine Wolken am Himmer vorüberziehen // Und Sie lassen sich Zeit, und wenn Sie genug genossen und gedöst haben, kehren Sie mit dem Boot zurück ans Ufer ...

13. Sitzung

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus. Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden. Bitte schließen Sie jetzt die Augen und drücken Sie beide Hände auf die Oberschenkel auf. Drücken Sie fest auf, bis Sie ganz deutlich eine Spannung in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur - und in den Oberschenkeln merken. Halten Sie nun den Atem an und besinnen Sie sich ganz auf die Spannung.
Atmen Sie jetzt langsam aus und lassen Sie gleichzeitig ganz langsam die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt.
Die Muskeln werden weicher, die Spannung läßt nach. Hände und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet, sie werden dadurch etwas wärmer.
5 Sekunden

An den Handinnenflächen spüren Sie das Gewebe Ihrer Kleidung. Die Handinnenflächen sind wärmer als die Außenflächen, sie sind warm, angenehm warm.
Folgen Sie dem Nachlassen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung.
Atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
10 Sekunden

Sie nehmen wahr, wie Sie im Sessel sitzen, die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist entspannt, die Oberschenkel sind locker, der Po drückt sich in den Sessel. Der Rücken liegt an; dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm.
Schulter und Arme sind entspannt und locker, der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage.
10 Sekunden

Sie sehen sich daheim im Sessel sitzend / es ist Feierabend / Sie haben sich entspannt und haben Zeit // Ihr Blick fällt auf Ihre Frau //

Und Sie sehen sie als Frau / und fühlen sich sexuell angesprochen //
Ob Sie jetzt spontan die Initiative zu sexuellen Aktivitäten ergreifen? //
Dieser Gedanke läßt Sie nicht los //
Aber Sie spüren, wie immer mehr Zweifel und Unsicherheit in Ihnen hochsteigen //
Bleiben Sie bei diesen Zweifeln und der Angst ///
Wie zeigt sich die Unsicherheit körperlich? / Gehen Sie ganz in dieses Körpergefühl hinein ////
Was spüren Sie? //
Was ändert sich, auch wenn Sie weiterhin nur bei dem Gefühl der Unsicherheit bleiben? //
Was ist das Schlimmste daran? //
Ertragen Sie dieses Gefühl / halten Sie es aus //// ...
Das Gefühl der Unsicherheit wird nun nicht mehr stärker; gut, dann sagen Sie sich, daß Sie diese Angst akzeptieren wollen, z. B.: Ich bin noch unsicher, aber ich habe den Mut etwas zu riskieren. Und spüren Sie dabei Ihre Füße fest und sicher auf dem Boden ///
Und dann gehen Sie auf Ihre Frau zu // Und wieder kommen Zweifel in Ihnen hoch // und deshalb sagen Sie sich: Ich will jetzt spielen und etwas erleben; es ist ein Risiko dabei und das macht das Spiel spannend / Ich kann aber nicht verlieren, denn nur, wenn ich nicht spielen würde, wäre es eine Niederlage / Ich wage jetzt das Spiel und spiele, was eben geht // Ich nehme mir nichts Bestimmtes vor, nur, daß ich beginne und wage, und daß ich dann - egal wie es läuft - dabei bleibe, in all den Empfindungen des Augenblicks bleibe, nicht in Gedanken weglaufe und mich nicht anstrenge / Und jetzt wage ich's ///
So gehen Sie auf Ihre Frau zu, küssen Sie, schmusen mit ihr, lassen sich nicht abwimmeln, bemühen sich um sie bis Sie merken, daß auch Ihre Frau angeregt ist und aktiv wird ////
Und dann lassen Sie sich zufrieden mal eine Weile ganz passiv werden // Sie nehmen nur wahr, wie Ihr Körper auf die Aktivitäten Ihrer Frau reagiert ////
Es ergibt sich eine Erektion // Sie verliert sich wieder // es wird wieder mehr / es ist egal, das ist eine Reaktion auf die sexuelle Stimulation und ihr sexuelles Erleben /// So streicheln Sie Ihre Frau und lassen sich streicheln und stimulieren ///
Jetzt spüren Sie die Hände Ihrer Frau an Ihrem Penis / Es macht Spaß, mit Ihrem Glied zu spielen / Spielen Sie mit ///
Gönnen Sie es ihr und genießen Sie, was sie alles damit anfangen kann // Genießen Sie die Empfindsamkeit des Gliedes // mal seine Flexibilität / und mal seine Härte // es ist ein schönes Stück von Ihnen / und es ist auch selbständig //
Und was Ihre Frau damit alles anfangen kann
(hier beginnt: So ein Mann ...) anschauen, bewundern, streicheln, kneten, biegen, melken, küssen, lecken, drücken, zwicken ...
Sagen Sie ihr jetzt, wie Sie das mögen ////
Und seien Sie auch vielseitig / probieren Sie aus / schöpfen Sie aus dem Vollen / tun Sie etwas für sich /

wenn es Ihnen gut tut, kommt auch die Erektion // Und sie vergeht, wenn Sie pausieren // und sie kommt wieder // Aber plötzlich taucht wieder ein Angstgedanke auf // Sie versuchen jetzt, die Erektion zu erzwingen / und das geht nicht // Jetzt macht sich Verzweiflung und Enttäuschung in Ihnen breit ////
Sie sind wieder ganz unten / nichts geht mehr //// ...
Aber jetzt besinnen Sie sich doch, daß Sie ein Spiel gewagt haben / Sie wollen kein Spielverderber sein und geben nicht auf // Sie wissen nicht, wie das Spiel ausgeht / aber Sie wissen, daß Sie sexuelle Aktivität mögen / suchen / und genießen ///
Die Zweifel schwinden und Sie spüren wieder Mut / und Sie spielen weiter ////
Dabei empfinden Sie wieder das Auf / aber auch das Ab ///
Sie erkennen, daß beides zusammen gehört / Und Sie kümmern sich nur noch um das Spiel / das Erleben / und die Möglichkeiten / ohne an ein festes Ziel, ohne an die Erektion zu denken ///
Und immer bleiben Sie ruhig und sicher / Sie leben und empfinden sexuell ////
Und Sie können das sexuelle Spiel beenden, wenn Sie wollen // Sie können es nach einem Auf beenden oder nach einem Ab // Aber immer beenden Sie es wie ein Spiel: Es war ein schöner Zeitvertreib, es ging um nichts besonderes, man gewinnt gern, aber man gewinnt nicht immer, nur schön, schön ist es so und so, und dafür lohnt es sich, Initiative zu ergreifen und etwas zu riskieren ////
Und jedesmal, wenn Sie von nun an eine Frau als Frau sehen und sich sexuell angesprochen fühlen, werden Sie diese sexuelle Sicherheit empfinden und werden wissen, daß Sie gewinnen, wenn Sie wagen /
Und mit dieser Sicherheit und Zuversicht besinnen Sie sich wieder, daß Sie hier im Sessel sitzen.
Die Füße stehen auf dem Boden, ruhig und sicher, die Beinmuskulatur ist entspannt, die Oberschenkel sind locker, der Po drückt sich ein, der Rücken liegt an; dort, wo der Körper aufliegt, ist es warm, angenehm warm.
5 Sekunden

Schulter und Arme sind entspannt, ruhig und entspannt.
Der Kopf hat eine angenehme, ruhige Lage, die Hände liegen locker auf; Sie nehmen an den Handinnenflächen die Struktur des Gewebes wahr, Sie spüren, wie es dort warm, angenehm warm ist.
5 Sekunden

Sie atmen ganz langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
Besinnen Sie sich auf diesen angenehmen Zustand; genießen Sie ihn noch eine Weile.
30 Sekunden

Sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden - wachen Sie auf, öffnen Sie die Augen und räkeln Sie sich.

14. Sitzung

Vier Minuten Geräusche zu einem Bachlauf, Vogelgezwitscher und Musik (Fantasy Sounds, Waldspaziergang). Die Einsätze der Instruktionen sind an die Musik gekoppelt.
- Sind sind in den Wald gegangen, weil Sie verzweifelt waren / Sie wollten sich ablenken / Aber Ihre Gedanken kehren zurück zum Problem / Sie hatten wieder sexuelle Schwierigkeiten gehabt und resignierten / besinnen Sie sich jetzt dieser Verzweiflung und Enttäuschung / Bleiben Sie ganz in Ihrer Resignation / bis sich die Gefühle von selbst legen ... ////
1 Minute

- Sie sind wieder ruhiger? (Ja) Was ermöglicht Ihnen diese Ruhe? (Ich weiß doch, daß die Erektionsschwäche kein Versagen ist, daß es sich manchmal so ergibt. Es war doof, daß ich mich deswegen verurteilt habe. Ich weiß doch, daß wir auch anders Spaß haben können.)
Jetzt sind Sie wieder ruhiger / Sie merken, wie Sie wieder sicherer werden // Sie können wieder alles empfinden / das Ganze in Ihnen und um Sie herum / und da ist viel Schönes und Zuversicht und Vielfalt / (Ja - ich könnte jetzt wieder nach Hause gehen. Ich glaube, so wird es mich nicht mehr treffen. Das war ein Rückfall. So werde ich es auch daheim sagen)
Und nun geht es Ihnen gut / Sie haben etwas gewonnen, was bleiben wird / Sie haben Gewißheit, daß Sie sexuelle Aktivitäten mögen / und daß Sie sie suchen / und daß Sie sie deshalb immer wieder erleben / und genießen werden / Sie brauchen nicht fortzulaufen ///
Und zu dieser neuen Sicherheit gehört völlig integriert auch das Wissen, daß sexuelle Aktivität nicht alles ist und nicht das wichtigste für Sie ist /// Und daß es deshalb manchmal für Sie unbedeutend sein wird, keine Erektion zu haben /// Aber Sie wissen nun sicher, daß Sie sich dann auch nicht verurteilen werden / und nicht an sich verzweifeln // Sie sind sicher ///
Sie sind nun ganz sicher /// Was könnte Sie an diese Sicherheit erinnern, wenn Sie sie brauchen? (Hm, wenn ich mich anstrenge, wird mir die Anstrengung von heute einfallen - es ist viel schwerer, aus so einem Tief hochzukommen, als mal auf einen Geschlechtsverkehr zu verzichten)
Sie sind jetzt sicher / und Sie werden zurechtkommen / Sie wissen, daß Sie sexuell leben und empfinden, so wie Sie es wollen // und daß Sie dies so tun können, wie es Ihnen Spaß macht / und daß Sie es immer so tun werden, wie Sie es wollen ////
2 Minuten

- Freude an der Sexualität, Genuß und Spaß wollen Sie haben / Dafür setzen Sie sich ein, wenn es Ihnen wichtig ist / Dann empfinden Sie mit großer Sicherheit Ihren Sexualpartner / seine Reize / seine Aktivitäten / sein Ankuscheln / sein Streicheln / seine Erregtheit ////
1 Minute

- Und jedesmal, wenn Sie eine Frau als Frau sehen, werden Sie diese neue Sicherheit deutlich empfinden. Sie werden sich stark fühlen, so wie Sie sind / Sie werden gebraucht / Sie gehören dazu / so wie Sie sind ////
2 Minuten Musik bis zum Ende des Bandes.

15. Sitzung

Setzen Sie sich bequem in Ihren Sessel / lassen Sie sich Zeit / Suchen Sie sich die bequemste Haltung - und schließen Sie dann die Augen ///
Versuchen Sie dann, offen zu werden für die Empfindung der Schwere, versuchen Sie, sich gedanklich vorzustellen, daß Ihre Arme oder Beine ganz von alleine auf der Lehne oder Sitzfläche aufliegen, nun ganz schwer werden.
Versuchen Sie nichts zu zwingen, sondern lassen Sie das auf sich zukommen, was sich an Empfindungen zeigt. Sie versuchen lediglich, sich gedanklich vorzustellen, daß Arme oder Beine schwer werden und lassen Ihren Körper darauf reagieren. Dabei können Sie eventuell auch ganz andere Empfindungen wahrnehmen, unterdrücken Sie nichts. Stellen Sie einfach fest, "wenn ich mir vorstelle, die Arme werden schwer, dann spüre ich folgendes ..."
Verweilen Sie bei dieser Vorstellung eine Weile ////
Versuchen Sie jetzt, offen zu sein für die Empfindung der Wärme, stellen Sie sich vor, daß Ihre Hände oder Ihre Beine ganz warm werden.
Vielleicht wird sich zunächst nichts in dieser Richtung einstellen, verweilen Sie dann eben bei den Empfindungen, die Sie gerade haben. Sind Sie zufrieden mit allem, was Sie spüren? Versuchen Sie, sich gedanklich vorzustellen, daß Wärme von den Füßen über die Waden, die Knie, die Oberschenkel nach oben zieht oder probieren Sie es mal umgekehrt, von den Oberschenkeln über die Knie, die Waden in die Füße, sich die Wärme vorzustellen, daß praktisch das Blut die Beine langsam erwärmt. Lassen Sie sich Zeit, drängen Sie nicht, Sie müssen nichts erreichen ////
Versuchen Sie zum Schluß, Ihre Haltung, die Sie jetzt einnehmen, mit den Worten zusammenzufassen: "Ich bin ganz ruhig" - "Ich bin ganz ruhig".
Und nun stellen Sie sich darauf ein, daß Sie mit Ihrer Partnerin gemeinsam eine Übung durchführen. Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin darüber, daß Sie Ihr Problem, daß Sie sich nämlich selbst blockieren, wenn Sie sich um Ihre Erektion Sorgen machen, durch eine Übung zusammen mit ihr lösen möchten ////
Ihre Partnerin sollte verstehen, daß Sie während der Übung das Sagen haben / Sie sollte Sie also nicht antreiben, mehr zu machen oder schneller vorzugehen, als Sie es wünschen // Versichern Sie dann Ihrer Partnerin, daß Sie bereit sind, sie mit der Hand oder dem Mund zu befriedigen, wenn sie es möchte / daß aber keine Anforderungen an den Penis gestellt werden dürfen ////

Nun nehmen Sie sich genügend Zeit für zärtlichen Körperkontakt /// Versuchen Sie, das zu genießen ////
Nun sollten Sie Ihr altes Erektionsproblem noch einmal erleben / und damit anders als in der Vergangenheit umgehen // Umarmen und küssen Sie Ihre Frau, aber achten Sie darauf, daß Sie keine Erektion bekommen ///
Oder versuchen Sie, eine eventuelle Erektion wenigstens bei der Einführung des Penis zu verlieren // Versuchen Sie, ihn einzuführen, während Sie sich gleichzeitig bemühen, Ihre Erektion zum Schwinden zu bringen ///
Sorgen Sie immer dafür, daß der Penis schlaff wird // Es gibt viele Wege, dies zu erreichen / Sich Gedanken darüber zu machen, ob er steif bleiben wird, ob die Kinder lauschen oder wie müde Sie am nächsten Morgen sein werden, sind alles gute Methoden dafür //
Wenn nichts davon funktioniert, versuchen Sie es einmal damit, eine Weile im Zimmer auf und ab zu gehen ////
Gehen Sie dann mit der Situation so um, daß Sie und Ihre Partnerin es genießen. Bleiben Sie bei Ihrer Partnerin und finden Sie Dinge, die Sie tun können und die Sie beide befriedigen // Diese Aktivitäten können sowohl sexueller als auch nichtsexueller Natur sein ////

Absolvieren Sie diese Übung mit Gelassenheit ///

Nun wissen Sie, daß Sie nichts mehr zu befürchten haben /// Oder kommt wieder Unsicherheit auf? //
Dann wiederholen Sie diese Übung noch einmal // So oft, wie es nötig ist, damit es Ihnen nichts mehr ausmacht, Ihre Erektion zu verlieren // Und bis Sie mit der Situation "danach" fertig werden können ///
Indem Sie Ihre Bedingungen für befriedigenden Sex erfüllen, stellen Sie sicher, daß Ihr Penis fast immer steif wird, wenn Sie es wünschen // Und wenn er einmal die Erwartungen nicht erfüllt oder wenn Sie die Erektion verlieren, wenn es gerade spannend wird, brauchen Sie sich darüber keine Sorgen mehr zu machen // Sie sind nun darauf vorbereitet, Spaß zu haben, unabhängig davon, was Ihr Penis treibt ////
Nun versuchen Sie noch einmal, die Empfindung der Schwere zu spüren. Stellen Sie sich vor, daß Arme und Beine ganz schwer sind. Arme und Beine schwer, ganz schwer ////
Und dabei sagen Sie sich: Ich bin ganz ruhig //
Dann beenden Sie die Entspannung, öffnen die Augen, strecken sich und räkeln sich.

ANHANG 5

Materialien zu Fall I

3. Sitzung

Selbstinstruktionstraining am Stressor
(Manuskript, ohne Autor, o. J.)

Inhalte und Reihenfolge sind vorgegeben, wobei der Klient die für ihn passendste Formulierung wählen sollte.

1. ANGSTWAHRNEHMUNG: "Ich spüre die Spannung steigen; ich merke, daß es wieder losgeht; die Angst ist schon wieder da", etc. Ziel dieser Aussage ist, daß der Klient seine Aufmerksamkeit den frühen Anzeichen steigender Angsterregung zuwendet. Das häufig beobachtbare Ignorieren bzw. "Ungeschehenmachen" von frühen Angstsignalen, ob durch Muskelanspannung, Hektik oder Ablenkung - soll dadurch verhindert werden. Diese Übung soll ein Training der Angstwahrnehmung vermitteln, da diese Wahrnehmung, so paradox es klingen mag, bei vielen Personen mit chronischen und exzessiven irrationalen Ängsten beeinträchtigt ist.

2. AKZEPTIEREN DER ZUNEHMENDEN ANGST: "Ich versuche, die Existenz der Angsterregung zu konstatieren; ich will mich diesem unangenehmen Zustand aussetzen; es ist ein Faktum, daß sie da ist". Damit sollte erreicht werden, daß die automatisierten Tricks der Angstvermeidung zumindest unterbrochen bzw. aufgeschoben werden.

3. KONTRASTVORSTELLUNG: "Ich vergleiche die jetzige Gefahr mit dem Erlebnis XY. Ich habe die damalige Situation ertragen, obwohl sie schlimmer war, es wird also auch jetzt gelingen". Das "Kontrastitem" ist ein emotionales Erlebnis aus der individuellen Vergangenheit, das in einer realen Lebensbedrohung oder -belastung bestand. Es wurde mit einem Stichwort versehen, um rasch "abrufbar" zu sein.

4. VORSATZ: "Ich will lernen, mit diesen irrationalen Ängsten besser umzugehen, und deshalb setze ich mich der Situation aus, auch wenn es sehr unangenehm wird."

5. VERSTÄRKUNG: "Es ist gut, daß ich diese Aufregung ausgehalten habe. Ich habe jetzt ein Recht darauf, mich jetzt zu freuen. Angstfrei zu sein ist kein Zeichen von Mut; wenn ich das alles trotz starker Angst tun kann, bin ich mutig".

Streßbewältigung

1. Vorbereitung auf die Streßsituation

Stellen Sie fest, was im folgenden zu tun ist, prüfen Sie Ihre Möglichkeit und beruhigen Sie sich.

Satzbeispiele:

- was kannst Du tun? - Du kannst einen Plan aufstellen, wie du dich mit der Situation auseinandersetzt.
- Denke einfach darüber nach, was du machen kannst. Das ist besser, als Angst zu bekommen.
- Mach dir keine Sorgen, Kummer nützt überhaupt nichts.

Überlegen Sie sich eigene Sätze :

2. Umgehen mit der Streßsituation

Verdeutlichen Sie sich, was Sie gegen die Streßbedingungen tun können, zum Beispiel sich in kleinen Schritten dem Problem zu nähern, nicht panisch zu reagieren, sich zu entspannen.

Satzbeispiele:

- Du kannst deine Furcht mit dem Verstand kontrollieren.
- Entspanne dich; du hast dich unter Kontrolle.
- Atme einmal tief durch; so ist es gut.

Überlegen Sie sich eigene Sätze:

3. Auseinandersetzen mit dem Gefühl, überwältigt zu werden

Abwenden einer drohenden Panikattacke.

Satzbeispiele:

- Mach eine Pause, wenn sich die Furcht einstellt.
- Konzentriere dich auf das Jetzt; was hast du zu tun?
- Versuche nicht, die Angst völlig zu unterdrücken, sondern nur soweit, daß du damit zurechtkommst.

Überlegen Sie sich eigene Sätze:

4. Selbstbelohnung

Durch Selbstbelohnung wird das neue Verhalten gestärkt.

Satzbeispiele:

- Es hat geklappt.
- Es war gar nicht so schlimm, wie du geglaubt hast.
- Warte nur, bis du dem Therapeuten von deinen Fortschritten erzählen kannst.

Überlegen Sie sich eigene Sätze:

ANHANG 6

========

Mentales Training zu Fall II

4. Sitzung

Setzen Sie sich entspannt hin, stellen Sie die Füße bequem hin, lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus - Bitte schließen Sie jetzt die Augen und entspannen Sie sich, während Sie der folgenden Musik lauschen. ("Morning has broken" von Cat Stevens)

Nun stellen Sie sich vor, es ist ein schöner Frühsommertag - es ist später Vormittag und Sie liegen im Bett (5). Das Bett ist weich und warm. Um Sie herum ist noch alles ruhig (5). Sie bleiben noch im Bett und genießen die Ruhe. Sie fühlen die Wärme des Bettes - die Wärme ist angenehm und entspannend (10).
Sie haben Urlaub und liegen dösend im Bett, ruhig und entspannt (5). Bleiben Sie ganz bei dieser Vorstellung und genießen Sie die Ruhe (10). Sie liegen ganz ruhig und entspannt, Sie atmen langsam und gleichmäßig, ein- und aus, ein und aus (10).
Sie liegen ganz ungestört im Bett und genießen den angenehmen Beginn Ihres Urlaubtages (5).
Es ist wohltuend, im Bett zu dösen, Sie sind ganz ruhig und entspannt (10). Nun sagen Sie sich, daß Sie aufstehen und duschen wollen und daß Sie sich mit viel Muße fertig machen wollen (5).
Schlagen Sie dann die warme Bettdecke zur Seite, stehen Sie auf und gehen Sie ins Bad. Spüren Sie jetzt die kalten Badefliesen unter Ihren bloßen Füßen (10), während Sie zur Dusche gehen. Dann öffnen Sie den Wasserhahn der Dusche und spüren Sie nun, wie das warme Wasser über Ihren Körper fließt und ihn wieder angenehm erwärmt (5).
Sie seifen sich ein (5). Sie duschen sich wieder ab (5). Dann trocknen Sie sich ab (5) und treten vor einen Spiegel, um sich einmal in Ruhe zu betrachten.
Sie sehen sich nun selbst im Spiegel (5). Betrachten Sie sich ganz genau. Gehen Sie Zentimeter für Zentimeter Ihres Körpers durch, vom Kopf bis zu den Zehen (20). Schauen Sie sich so an, als ob Sie sich das erste Mal sehen würden (20). Berühren Sie Ihren Körper, gleiten Sie mit den Händen über die Haut (10). Bleiben Sie mit Ihrer ganzen Aufmerksamkeit bei Ihrem Körper (20). Entdecken Sie Körperstellen, die Sie nicht mögen? (5)
Schauen Sie diese genau an und spüren Sie, welches Gefühl sich einstellt, wenn Sie sich so Ihren Makeln widmen (10). Fühlen Sie alles, lassen Sie alle Gefühle kommen, weichen Sie nicht aus, auch wenn es unangenehm ist (20).
Betrachten Sie Ihre Genitalien (5). Nehmen Sie Ihre Hände

und fühlen Sie Ihre Genitalien (5). Identifizieren Sie, benennen Sie die einzelnen Teile - ohne Scham, ohne Hast, ohne Anspannung (10). Wie sieht diese Körperregion bei Ihnen aus?
Nehmen Sie eventuell einen Handspiegel zum Betrachten zu Hilfe (10). Wie fühlen Sie sich hier an? (10) Riechen Sie und schmecken Sie Ihre Finger, nachdem Sie Ihre Genitalien berührt haben (10). Wie ist das für Sie, bleiben Sie bei diesen Empfindungen (10)? Weichen Sie nicht aus (5). Untersuchen Sie Ihre Genitalien ganz genau (5). Tasten Sie alles ab (5). Welches Verhältnis haben Sie dazu? (5) Wünschen Sie, daß Sie anders wären? (10)
Betrachten Sie weiter Ihren Körper, drehen Sie sich auch um, und schauen Sie Ihren Rückenteil an (15). Wie erleben Sie sich so vor dem Spiegel? (5) Unsere äußere Erscheinung unterliegt extremer Beurteilung und Bewertung - ein bestimmtes Bild von Schönheit wird uns laufend eingetrichtert. Inwieweit werten Sie sich ab? (5) Oder welche Teile an sich mögen Sie nicht? (5)
Wollen Sie etwas an sich verändern? (5) Überlegen Sie, was Sie tun könnten zur Veränderung. Überlegen Sie konkret. Denken Sie auch an den Aufwand, den es für eine Veränderung braucht. Und dann entscheiden Sie (15). Was Sie nicht verändern können, sollten Sie akzeptieren (5). Wenn Sie Ihren Körper nicht annehmen können, dann nehmen Sie Bewertungen vor, die unangemessen sind, die Ihnen schaden (5). Sie haben keinen zu kleinen Penis oder Busen, Sie haben nur Klischee-Vorstellungen übernommen, nach denen Sie sich negativ bewerten (5). Machen Sie sich frei von solchen Normen (5). Tun Sie das Beste für sich (10).
Nun strecken Sie einmal beide Arme waagerecht nach rechts und links vom Körper weg - führen Sie diese Übung jetzt wirklich aus, auch wenn Sie sich weiter in der Vorstellung daheim vor Ihrem Spiegel befinden - die Handflächen nach oben und richten Sie nun die Finger auf. Nun drehen Sie den Kopf nach rechts und schauen Sie, ohne die Augen zu öffnen, auf Ihre rechte Hand. Und während Sie dies tun, denken Sie an den Körperteil, der Ihnen am meisten mißfällt, der Ihnen am meisten zu schaffen macht (5). Spüren Sie die Minderwertigkeitsgefühle, lassen Sie Neid gegenüber anderen und alle negativen Gefühle lebendig werden, die mit diesem Körperteil verbunden sind (10).
Nun wenden Sie den Kopf nach links und sehen Sie - mit geschlossenen Augen - in Ihrer linken Hand, was Ihnen an sich besonders gut gefällt (5). Öffnen Sie sich für Ihre schöne Seite und für die entsprechenden Gefühle. Fühlen Sie Ihren Stolz (10).
Und nun führen Sie Ihre Hände langsam aufeinander zu. Halten Sie nach etwa einem Drittel des Weges von der ersten Stellung der Arme bis zu der Stellung, wo sich die Hände berühren, an.
Sehen Sie nun wieder in die rechte Hand (2) und lassen Sie Ihre Bedrückung über Ihre körperlichen Mängel lebendig werden (10).
Nun sehen Sie wieder in die linke Hand (2) und öffnen Sie

sich für Freude und Stolz bezüglich Ihres Körpers (10). Führen Sie nun Ihre Hände weiter um ein Drittel der Wegstrecke zusammen und betrachten Sie wieder die rechte Hand (2) und sehen Sie Ihren körperlichen Mangel und erleben Sie alle negativen Gefühle, die damit verbunden sind (10).
Und wenden Sie sich nochmals zur linken Hand (2) und sehen Sie Ihre Stärken und freuen Sie sich darüber (10).
Und nun führen Sie Ihre Hände zusammen und erleben Sie das befreiende, erlösende Gefühl der Integration beider Seiten von Ihnen (10).
Entspannen Sie sich, lassen Sie die Hände nach unten gleiten, lassen Sie alle Muskeln Ihres Körpers locker werden (5). Spüren Sie Ihren Atem (5). Spüren Sie das Ein und Aus der Atmung, wie sich der Körper beim Einatmen leicht anspannt, um sich beim Ausatmen wieder ganz tief zu entspannen (5). Achten Sie auf dieses Ein und Aus der Atmung und stellen Sie sich vor, daß der Atem durch Ihre Genitalien in den Körper eintritt und durch die Genitalien den Körper wieder verläßt (10), ein und aus (5). Und mit diesem positiven Gefühl von Ruhe und Selbstvertrauen ziehen Sie sich nun in der Vorstellung an, machen sich fertig für diesen schönen Urlaubstag (10) und kehren hierher zurück und öffnen die Augen.

7. Sitzung

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin; lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus. Legen Sie bitte die Hände ganz locker auf die Oberschenkel und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden. Nehmen Sie also wieder eine Haltung ein, die in die Richtung geht, daß Sie einige Minuten Zeit für sich nehmen, um sich mit sich selbst zu beschäftigen und dabei zu beobachten, was sich in Ihrem Körper und Ihrem Bewußtsein abspielt.
Machen Sie sich vertraut mit den Reizen, die Sie noch aus Ihrer Umgebung wahrnehmen, machen Sie sich vertraut mit dem Raum, machen Sie sich bewußt, welche Geräusche Sie wahrnehmen. Versuchen Sie, Ihre Umgebung als etwas Zugehöriges zu empfinden, wovon Sie sich nicht weiter stören lassen.
Machen Sie sich dann vertraut mit den Empfindungen, die Sie gerade in Ihrem Körper spüren. Versuchen Sie, nacheinander sich bewußt zu machen, was Sie in den Körperteilen spüren, an die Sie gerade denken. Seien Sie offen für alle Empfindungen, die da sind, und erforschen Sie Ihren Körper neugierig. Gehen Sie in Gedanken alle Teile und alle Muskeln Ihres Körpers durch.
Entspannen Sie sich völlig, entspannen Sie jeden Muskel Ihres Körpers.
Nun drücken Sie beide Hände auf Ihre Oberschenkel auf, drükken Sie fest auf, bis Sie ganz deutlich eine Spannung

in den Händen, in den Armen, in der Bauchmuskulatur und in den Oberschenkeln merken. Halten Sie den Atem an und besinnen Sie sich ganz auf die Entspannung.
Atmen Sie jetzt langsam aus, und lassen Sie gleichzeitig ganz langsam die Spannung nach. Achten Sie nur noch darauf, wie die Spannung nachläßt, wie mit dem Nachlassen der Spannung die Entspannung eintritt.
Die Muskeln werden weicher, die Spannung läßt nach, Hände und Armmuskulatur werden ein wenig besser durchblutet, sie werden dadurch etwas wärmer.
An den Handinnenflächen spüren Sie das Gewebe Ihrer Kleidung. Die Handinnenflächen sind wärmer als die Außenflächen, sie sind warm, angenehm warm.
Folgen Sie dem Nachlasen der Spannung immer tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung.
Atmen Sie ruhig und entspannt durch, atmen Sie langsam und ruhig, gleichmäßig und ruhig.
Nun gehen Sie in Gedanken zu sich nach Hause. Es ist abend. Sie begeben sich ins Badezimmer, um sich fürs Bett fertigzumachen. Sie fühlen sich müde / Ihr Mann kommt jetzt auch ins Bad / Sie bemerken, daß Ihr Mann sich beeilt - jetzt ist er fertig, er geht nackt ins Schlafzimmer - damit ist es Ihnen klar, daß er noch etwas von Ihnen will /
Sie lassen sich Zeit im Bad - Sie gähnen, aber es nützt nichts / Ihr Mann krabbelt zu Ihnen unter die Decke /
Sie wollen Ihre Ruhe haben - aber Ihr Mann gibt nicht auf - er muß doch spüren, wie Sie sich verspannen /
Sie lassen es über sich ergehen - Sie sagen sich, daß es ja bald vorbei ist, wenn Sie nicht viel dazu beitragen /
Jetzt ist Ihr Mann erregt - er hat wieder einmal sein Vergnügen, das macht Sie aggressiv /
Sie sind für sein Vergnügen da - aber Sie selbst bekommen nichts, Sie zählen nicht /
Hoffentlich beeilt er sich wenigstens - Sie starren an die Decke und hoffen, daß es bald vorüber ist /
Da fängt Ihr Mann auch noch an, Ihre Genitalien zu streicheln - das soll Ihnen wohl gefallen /
Sie spüren, wie Ihr ganzer Körper angespannt ist - und wie Ihnen der Kopf voll ist /
Sie wollen jetzt endlich Ihre Ruhe haben - jetzt muß er doch allmählich genug haben - je länger es dauert, um so mehr stört Sie alles /
Sie wollen nicht mehr - er ist Ihnen lästig /
Hoffentlich ist er bald fertig - Sie schauen sich mal wieder die Tapete an - Sie wollen sich ablenken /
Doch dieses Mal sehen Sie, daß auf der Tapete steht: Sorg doch selbst für Dein Vergnügen; laß Dir mal wieder etwas einfallen!
Das ist wahr; Sie müssen selbst etwas tun, können nicht nur abwarten und blockieren.
Sie sagen nun zu Ihrem Mann: "Laß mich mal etwas ausprobieren - ich weiß nicht, was dabei herauskommt, aber ich will es versuchen."
Dann legen Sie sich mit Ihrem Rücken und Ihrem Po gegen seinen Bauch.

Nehmen Sie seine Hände und führen Sie sie - streicheln Sie sich mit seinen Händen.
Streicheln Sie sich, wo es Ihnen gefällt - und lassen Sie sich Zeit. Es kommt auf nichts an.
Sie lassen sich Zeit und streicheln sich. Sie spüren, wie die Berührungen jetzt Spannungen aus Ihrem Körper wegnehmen - jetzt, wo Sie es bemerkt haben, achten Sie deutlicher darauf: die Berührungen, das Streicheln tut gut - Sie entspannen sich /
So allmählich fühlen Sie sich wohl - Sie nehmen auch mal seinen Penis und streicheln damit die Genitalien /
Sie spüren, daß es gut tut, daß Streicheln erregen kann, wenn Sie wollen /
Jetzt führen Sie den Penis in die Scheide und bleiben ganz ruhig dabei. Zu Ihrem Mann sagen Sie: "Bleib mal ganz ruhig, bewege Dich nicht und achte mal nur auf die Empfindungen im Penis und in der Scheide." /
Und Sie tun das gleiche /
Spüren Sie sich selbst / Spüren Sie den Penis in Ihnen /
Es ist egal, wenn er etwas schlapp wird /
Spannen Sie zwischendurch mal Ihre Genitalmuskeln an - und lassen Sie wieder locker /
Anspannen - festhalten, spüren Sie den Penis - und locker lassen /
Und wieder Ruhe, gänzliche Ruhe /
Wenn es Spaß macht, spielen Sie wieder mit den Genitalmuskeln /
Und dabei spüren Sie die Nähe und die Wärme des Körpers Ihres Mannes - Sie empfinden das jetzt angenehm - und die Muskeln Ihres Körpers sind locker und Sie spüren, wie Sie schwer auf dem Bett aufliegen /
Und nur Ihre Genitalmuskeln spannen sich ab und zu an /
Und das bewirkt etwas - langsam - aber es ist angenehm /
Ganz leicht streicheln Sie mit Ihren Händen über Ihren Körper, Brüste und Klitoris - so, wie Sie es mögen, nur für Sie selbst - und die Konzentration ist ganz auf die Empfindungen des Körpers gerichtet /
Jetzt, da Sie sich besser fühlen, gehen Sie noch einmal gedanklich ganz in die Situation von vorhin, als Ihnen das alles zum Hals heraushing - Und dann finden Sie heraus, was Ihnen geholfen hat, aus dieser miesen Situation herauszukommen; gehen Sie in sich, was ist es, was Sie brauchen, welche inneren Möglichkeiten sind es, die Ihnen das sexuelle Zusammensein angenehm machen? ...
Patientin: "Ich muß mich wieder von mir aus dafür interessieren, darf es nicht nur über mich ergehen lassen" - Ja, Sie haben sich wieder für sexuelle Aktivitäten mit Ihrem Mann geöffnet; Sie können die Initiative ergreifen, Sie können aktiv sein und Sie wissen dann, was Ihnen gut tut /
Stellen Sie sich vor, wie Sie diese Eigenaktivität und Offenheit gegenüber dem Sex beim nächsten Mal wieder zeigen - Wie könnte das aussehen, wann fängt es an? Schon vor dem Fertigmachen und Ausziehen im Bad?
Patientin: "Ja, nach dem Abendessen." - Ja, schon so früh können Sie die Weichen stellen für sexuelle Zufriedenheit!

Stellen Sie es sich jetzt so vor; stellen Sie sich vor, daß Sie sich heute entsprechend verhalten hätten ... ... gelingt es Ihnen? - Patientin: "Jetzt ja!" - Gut, erleben Sie, wie es gelingen kann /
Und nun sind Sie zusammen mit Ihrem Partner; Sie spüren seine Nähe, die Wärme und Sie spüren Ihren Körper, der gelöst ist und bereit, der berührt werden will /
Und dann lassen Sie Ihren Mann Ihre Brüste streicheln - Sie zeigen es ihm und er macht es so, daß es angenehm ist /
Das tut gut - Ruhe und Entspannung, Nähe und Wärme, Streicheln und Stimulation - so sollte es bleiben /
Und jetzt gehen Ihre Gedanken zu den schönen Stunden, die Sie mit Ihrem Mann hatten - und Sie erleben wieder, wie spannend es war, als Sie früher auf ihn gewartet haben /
Und wie angenehm war es, daß er sich an Sie herangemacht hatte - Sie wollten es; es war ein Kompliment für Sie, eine Bestätigung - und es hat Ihnen auch körperlich gut getan; es war schön /
So wie jetzt! Und wie Sie jetzt immer wieder leicht die Beckenbodenmuskeln anspannen und Ihre Aufmerksamkeit auf die Empfindungen in den Genitalien gerichtet haben, spüren Sie, daß Ihr Körper sexuell erregt ist - Sie spüren, daß die Genitalien feucht sind - vielleicht empfinden Sie auch schon die Vergrößerung der Vagina - auch Ihre Brüste werden etwas größer und die Brustwarzen eregieren - die Schamlippen werden anschwellen und Ihr Kitzler wird noch größer werden /
Und während Sie sich so voller Stolz beobachten, wissen Sie, daß Ihr Körper noch viel beitragen kann zum sexuellen Spiel: die Muskeln werden sich anspannen, Ihr Puls wird schneller, Ihr Blutdruck wird steigen, die Haut wird sich röten - Und schließlich wird sich der Eingang der Scheide zur orgastischen Manschette verengen, die Atmung wird rascher und Sie werden rhythmische Kontraktionen erleben - bevor - der ganze Körper zu einer totalen Entspannung, Entspannung von Muskeln und Nerven, zurückkehrt ...
Sie wollten sich für die sexuelle Reaktion öffnen und es tut Ihnen gut - es ist wieder so angenehm /
Sie haben noch keinen Orgasmus, aber Sie freuen sich, daß Ihr Körper Spaß hat an den Berührungen. Sie genießen diese Ruhe (ein Räucherstäbchen verbreitet jetzt seinen Duft), Entspannung, Wärme, das Bett, Nähe, Berührungen, die Küsse, das Anspannen der Beckenmuskeln, die Luft, die nach Intimität riecht /
Es macht Ihnen Spaß, selber aktiv zu sein - Sie sind wieder beteiligt / Und das spürt auch Ihr Mann - er küßt Sie viel intensiver /
Es beginnt wieder schön zwischen Ihnen zu werden. Und Sie sind dabei - ja, Sie haben es bewirkt - für Sie selbst und für Ihren Mann.
Und dann werden Sie müde, Sie spüren, wie Sie dahintreiben, Sie fließen, Sie schweben ... es ist keine Sorge in dieser Welt, so nah bei Ihrem Mann, ruhig und schwer ... der Atem ruhig und gleichmäßig ... ein und aus ... ein und aus ... und nur noch der Gedanke, daß Sie nächstes Mal wieder aktiv werden wollen, und vielleicht ziehen Sie auch mal wieder

schöne Unterwäsche an; so wie die schwarze, in der Sie früher auf Ihren Mann gewartet haben ... aber jetzt wollen Sie schlafen, müde, tief entspannt und schwer ...
Genießen Sie dieses angenehme Gefühl von Ruhe und Zuversicht noch eine Weile (60 Sekunden Pause).
Dann beenden Sie langsam die Vorstellungsübung und die Entspannung. Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen. Dann strecken Sie sich, räkeln Sie sich und öffnen Sie dann Ihre Augen.

8. Sitzung

Schließen Sie die Augen und entspannen Sie sich.
Sitzen Sie bequem?
Sehen Sie, ob Sie es sich noch bequemer machen können, indem Sie Ihre Lage ein wenig verändern.
Konzentrieren Sie sich jetzt auf die Geräusche im Zimmer.
Versuchen Sie, einzelne Geräusche wirklich bewußt wahrzunehmen.
Jetzt konzentrieren Sie sich auf Ihren Atem.
Nehmen Sie Ihren Atem wahr. Spüren Sie die Luft, die durch Nase und Mund in den Hals und in die Lungen einströmt.
Nehmen Sie ganz genau wahr, wie sich Brustkorb und Bauch bewegen, während die Luft ein- und ausströmt.
Stellen Sie sich nun den Abstand zwischen Ihren Augen vor.
Stellen Sie sich vor, wie nahe Ihr Atem dem Hintergrund Ihrer Augen kommt, wenn Sie einatmen.
Stellen Sie sich vor, Sie schauen jetzt etwas an, das sehr weit entfernt ist.
Spüren Sie bewußt die Punkte, an denen Ihre Arme den Stuhl berühren, und die Punkte, wo der Kontakt zwischen Ihren Armen und dem Stuhl aufhört.
Spüren Sie bewußt den Boden unter Ihren Füßen.
Stellen Sie sich vor Ihrem inneren Auge eine schöne Blume vor, die in geringem Abstand vor Ihnen schwebt.
Versuchen Sie nun Ihr inneres Auge zu schließen, so daß Sie die Blume nicht mehr sehen.
Stellen Sie sich den Raum Ihrer Mundhöhle vor und versuchen Sie sich dann die Lage Ihrer Zunge bewußt zu machen.
Versuchen Sie die Luft auf Ihrer Wange zu spüren.
Fühlt sich einer Ihrer Arme schwerer an als der andere?
Fühlen Sie ein Kribbeln oder Taubheit in einer Ihrer Hände?
Ist einer Ihrer Arme entspannter als der andere?
Können Sie eine Änderung Ihrer Körpertemperatur spüren?
Ist Ihr linker Arm wärmer als der rechte?
Versuchen Sie jetzt, sich wie eine Stoffpuppe zu fühlen.
Spüren Sie Ihren linken Unterarm. Können Sie die Anspannung darin fühlen?
Stellen Sie sich etwas vor, das Ihnen sehr viel Spaß macht.
Stellen Sie sich vor, daß Sie auf einer Wolke schweben.
Machen Sie Ihre Arme jetzt ganz schwer, so daß Sie das Gefühl haben, Sie würden in Sirup stecken.
Werden Ihre Beine schwerer?

Stellen Sie sich vor, daß Sie in warmen Wasser treiben.
Geben Sie sich die Erlaubnis, sich einfach treiben zu lassen.
Genießen Sie diese Ruhe und Entspannung.
Und nun stellen Sie sich bitte folgende Situation vor:
Es ist Abend. Sie haben gegessen und alle Pflichten erledigt.
Sie haben nun einen ganzen Abend vor sich, der nur Ihnen und Ihrem Partner gehören soll.
Sie haben es sich beide auf einem Sofa bequem gemacht. Das Licht ist angenehm gedämpft. Im Hintergrund spielt leise Musik.
Es herrscht eine sehr warme und vertrauliche Atmosphäre. Beide verspüren Sie ein großes Bedürfnis, miteinander zärtlich zu sein, zu streicheln und zu schmusen.
Sie nehmen sich in die Arme, kuscheln aneinander und sagen sich zärtliche Dinge.
Dann beschließen Sie, gemeinsam zu duschen.
Sie legen nach und nach Ihre Kleider ab und gehen hinüber ins Bad. Sie spüren die kühlen Badfliesen unter Ihren nackten Fußsohlen. Sie stellen die Dusche an und schlüpfen dann gemeinsam unter den Wasserstrahl. Sie spüren, wie das warme Wasser über Ihren Körper läuft und ihn wieder angenehm erwärmt.
Sie beginnen jetzt damit Ihren Partner einzuseifen.
Nun werden Sie eingeseift.
Jetzt sind Sie beide voller Seife und duschen sich wieder ab.
Dann trocknen Sie sich gegenseitig ab.
Sie nehmen eine Creme oder ein Massageöl und gehen zurück in den warmen Raum.
Dort beginnen Sie, Ihren Partner einzucremen.
Jetzt kommen Sie dran.
Sie spüren die kühlen Cremetupfen auf Ihrem Gesicht, die dann rasch durch die warmen Hände Ihres Partners verteilt werden. Es folgt der Hals, die Arme, die Brust, der Bauch, der Rücken, der Po, die Beine und die Füße. Sie genießen die Berührungen.
Nun sind Sie beide eingecremt.
Sie setzen sich jetzt im Schneidersitz einander gegenüber auf ein am Boden ausgebreitetes Leintuch.
Ihre Knie berühren sich dabei leicht und Sie spüren die angenehme Wärme an den Berührungspunkten.
Richten Sie jetzt Ihren Blick mit ganzer Aufmerksamkeit auf das Geschlecht Ihres Partners.
Schauen Sie es genau an, bewundern Sie das Glied Ihres Partners und stellen Sie sich dabei das Gefühl vor, wie er langsam in Sie eindringt.
Stellen Sie sich vor, wie Vagina und Glied sich miteinander vereinigen und wie sie beide miteinander verschmelzen.
Genießen Sie diese Vorstellung, als geschähe sie wirklich.
Jetzt lösen Sie sich wieder von dieser Vorstellung.
Jetzt legt sich Ihr Partner ganz passiv auf den Bauch.
Sie setzen sich neben Ihren Partner.
Er schließt seine Augen, um sich nur noch auf das, was er spürt zu konzentrieren.
Sie beginnen jetzt, ihn so zart und zärtlich wie Sie können zu streicheln und zu liebkosen, so wie wenn Sie ihm nur durch diese Berührungen sagen können, wie gern Sie ihn haben.

Fangen Sie jetzt mit seinem Hinterkopf an, den Ohren, dem Hals. Ihr Partner sagt Ihnen jedes Mal, wie er es empfindet.
Gehen Sie langsam an seinem Rücken und an seinen Seiten herunter. Spüren Sie, wie weich und warm sich die Haut unter ihren Händen anfühlt.
Versuchen Sie jetzt eine andere Streichelart: ganz leicht mit den Fingerspitzen // Jetzt mal fest knetend mit beien Händen // Wechseln Sie den Druck und das Tempo, streicheln Sie mal rasch und dann wieder ganz langsam.
Ihr Partner sagt Ihnen nach jeder neuen Berührung, wie er es empfunden hat: was ihm mehr und was ihm weniger gefällt.
Jetzt streicheln Sie mal mit dem ganzen Unterarm oder mit dem Gesicht, mit der Wange // dann noch mit den Lippen und der Zunge //.
Liebkosen Sie Ihren Partner, wie es Ihnen gerade einfällt und Spaß macht. Versuchen Sie selber soviel Spaß wie möglich am Streicheln zu haben. Es ist ein Spiel ohne Ziel. Lassen Sie sich Zeit, um dieses spontane Spielen und Ausprobieren genießen zu können.
Konzentrieren Sie sich ganz auf die Berührungen, die Sie Ihrem Partner geben und lassen Sie die Berührungen mal oberflächlich, mal intensiv werden.
Gehen Sie jetzt mit dem Streicheln weiter vom Rücken zu seinem Gesäß. Lassen Sie auch hier wieder Ihren Partner immer wieder andere Berührungsarten erfühlen und einschätzen.
Gehen Sie jetzt weiter zu den Innenseiten der Schenkel und streicheln Sie Beine und Füße.
Ihr Partner sagt Ihnen jetzt, daß sich das Streicheln der Beine nicht so gut anfühlt und bittet Sie, langsamer und gefühlvoller zu streicheln.
Sie bekommen sofort ein schlechtes Gefühl und sind ein wenig verletzt. STOP: Denken Sie daran, daß Sie nichts falsch machen können, sondern nur mehr darüber erfahren, auf welche Weise Sie Ihrem Partner am besten Lust bereiten können.
Versuchen Sie auch eine negative Rückmeldung als Hilfestellung Ihres Partners zu sehen und denken Sie daran, daß ihm sicher schwer fiel, dies zu sagen, weil er Sie ja nicht verletzen will. Loben Sie Ihren Partner für seine Offenheit, auch wenn diese im ersten Augenblick weh tat.
Streicheln Sie Ihren Partner jetzt so, wie er es gern hat und fragen Sie nach, ob es so gut ist oder ob Sie nochmals etwas verändern sollen.
Nun haben Sie beide von der Rückseite genug und Ihr Partner dreht sich jetzt um.
Sie beginnen nun wieder mit dem Streicheln.
Zuerst streicheln Sie den Kopf, das Gesicht und den Hals und immer lassen Sie sich von Ihrem Partner sagen, wie er es empfindet.
Langsam und zart und so sensibel wie möglich streicheln Sie seine Brust. Sie genießen dabei diese Berührungen

so gut Sie können und lassen sich viel Zeit dabei.
Jetzt drücken und rollen Sie sanft seine Brustwarzen zwischen Zeigefinger und Daumen, küssen sie und saugen an ihnen. Dann liebkosen Sie den Bauch und die Seiten Ihres Partners und jedes Mal erfahren Sie, was er gern hat und was sich für ihn weniger gut anfühlt.
Dann gehen Sie weiter zu den Schenkeln, Beinen und zu den Füßen.
Und nun gehen Sie zum Genital Ihres Partners. Beginnen Sie es zu berühren und zu streicheln, so zart und sensibel wie Sie nur können, und auf alle Arten, die Ihnen einfallen und die Sie probieren möchten.
Sie spielen jetzt mit dem Schamhaar, streicheln nun den Penis und spiele eine Weile mit der Eichel, dann mit dem Schaft und dann mit den Hoden. Sie gehen langsam und wie unabsichtlich vor. Sie experimentieren und Ihr Partner gibt Ihnen immer wieder Rückmeldung, wie er es empfindet.
Jetzt gehen Sie zu einem anderen Teil seines Körpers und streicheln dort, wo er es gern hat: vielleicht am Bauch oder seine Schenkel.
Kommen Sie jetzt zu seinem Penis zurück und spielen Sie wieder eine Weile damit.
Dieses Hin- und Hergehen können Sie wiederholen so oft Sie wollen. Benutzen Sie beim Berühren der Genitalien keine rhythmischen, treibenden Stimulierungen, die zum Orgasmus führen. Es geht für Sie jetzt nur darum damit zu experimentieren, Ihrem Partner genitale Lustempfindungen zu bereiten und zu erfahren, welche Arten der Berührung Ihrem Partner am besten gefallen und ihn erregen.
Wenn Sie jetzt beide genug haben, tauschen Sie die Rollen.
Jetzt legen Sie sich ganz passiv auf den Bauch, während Ihr Partner aktiv wird.
Sie schließen jetzt die Augen und konzentrieren sich nur auf Ihre Gefühle. Sie spüren, wie Hände Ihren Hinterkopf, Ihre Ohren und Ihren Hals liebkosen. Und Sie sagen Ihrem Partner jedes Mal, wie Sie es empfinden.
Die warmen Hände gehen langsam Ihren Rücken hinunter und Sie spüren, wie die Hände Sie auf ganz verschiedene Arten berühren: Zuerst spüren Sie nur die zarte Berührung von Fingerspitzen, die Kreise und Linien auf Ihren Rücken hauchen, dann ein leichtes Kneben und Reiben, dann spüren Sie das Liebkosen mit Gesicht und Lippen auf Ihrem Rücken und noch viele andere Arten von Berührungen. Sie lassen sich völlig treiben in dieser Flut von Zärtlichkeiten und nehmen diese Berührungen ganz konzentriert in sich auf.
Sie sagen Ihrem Partner immer wieder ganz offen, was Ihnen gefällt und was Ihnen nicht gefällt. Zuerst fällt Ihnen dies noch etwas schwer, aber als Sie sehen, daß Ihr Partner nicht verletzt darauf reagiert, werden Sie immer mutiger.
Sie spüren jetzt, wie die Hände zu Ihrem Gesäß hinuntergleiten. Auch dort spüren Sie wieder verschiedene Arten der Liebkosung.
Die Hände wandern jetzt an den Innenseiten Ihrer Schenkel entlang. Sie fühlen ein Streicheln an Beinen

und Füßen. Aber dieses Streicheln fühlt sich jetzt für Sie nicht so gut an, weil es zu schnell und zu oberflächlich geschieht. Sie sagen dies Ihrem Partner, ohne Angst ihn zu verletzen und bitten ihn, etwas langsamer und gefühlvoller zu streicheln. Ihr Partner folgt dieser Anweisung und Sie genießen diese Berührung.
Nun haben Sie beide von der Rückseite genug und Sie drehen sich jetzt so um, daß Sie auf dem Rücken liegen.
Sie lassen weiterhin die Augen geschlossen und konzentrieren sich nur auf Ihre Empfindungen.
Sie spüren, wie die Hände Ihr Gesicht streicheln, dann den Hals.
Plötzlich machen Sie sich Sorgen darüber, daß Ihr Partner ermüdet oder sich langweilt. STOP: Versuchen Sie jetzt diese Gedanken so gut es geht beiseite zu schieben. Versuchen Sie stattdessen bei Ihren Empfindungen zu bleiben und diese Ihrem Partner mitzuteilen.
Sie fühlen, wie Ihre Brust ganz langsam und zart gestreichelt wird, wie Ihre Brustwarzen sanft gedrückt, zwischen Zeigefinger und Daumen gerollt und geküßt werden.
Und Sie nehmen es ganz bewußt wahr und genießen es, passiv liegen zu dürfen und zu nehmen.
Die Hände gleiten jetzt zum Bauch hinunter, streicheln über Ihre Seiten, während Sie Ihrem Partner immer wieder Ihre verschiedenen Empfindungen mitteilen.
Sie spüren, wie die Hände Ihre Schenkel berühren, dann die Beine, dann die Füße.
Die Hände gehen nun zu Ihrem Genital und Sie fühlen ein zartes Kraulen Ihres Schamhaares.
Jetzt spüren Sie ein absichtsloses Streicheln an Ihren Schamlippen. Sie spüren, wie die Hand an Ihrer Scheidenöffnung herumspielt. Jetzt fühlen Sie ein sanftes Liebkosen der Klitoris.
Die Hand geht jetzt zu einem anderen Körperteil und streichelt Sie dort.
Jetzt spüren Sie, wie die Hand zu Ihren Genitalien zurückgeht und diese wieder eine Weile streichelt. Dies geschieht ohne rhythmische, treibende Stimulierung. Sie machen die Erfahrung, daß es viel Spaß macht, auf diese Weise berührt und erregt zu werden und daß man keinen Orgasmus haben muß, um sexuelle Lust zu empfinden.
Genießen Sie diese Erfahrung eine Weile (60 sec.).
Wenn Sie jetzt genug haben, lösen Sie sich ganz allmählich aus dieser Vorstellung und kehren Sie langsam, in dem Tempo wie es Ihnen gut tut, in diesen Raum hierher zurück.

10. Sitzung

Stellen Sie sich vor, wie Sie sich zu Hause hinlegen, es ist schön warm, Sie fühlen sich gut. Sie schließen die Augen und entspannen sich. Sehen Sie zu, ob Sie es sich noch bequemer machen können. Nehmen Sie Ihren Atem wahr. Spüren Sie die Luft, die durch Nase und Mund in den Hals

und in die Lungen einströmt. Nehmen Sie wahr, wie sich Brustkorb und Bauch bewegen, während die Luft ein- und ausströmt. Wenn Sie merken, daß Ihre Gedanken abschweifen, gehen Sie wieder zurück zu Ihrem Atem.
Dann gehen Sie mit Ihren Gedanken zu den Füßen. Konzentrieren Sie sich auf die Empfindungen in den Zehen und die Wölbung in den Füßen. Stellen Sie sich vor, wie Sie die Zehen und die Füße bewegen.
Fühlen sie sich kalt oder warm an, gespannt, locker, kribbelnd, schwer oder leicht?
Gehen Sie weiter zu Ihren Knöcheln, Unterschenkeln und Knien,
Gehen Sie nun ganz langsam die Oberschenkel hinauf und spüren Sie jeden Körperteil, zuerst die Oberschenkel, dann die Genitalien, Ihren Po. Welche Empfindungen spüren Sie in Ihren Schamlippen, der Klitoris oder Vagina? Wie fühlt es sich an, wenn Sie die Muskeln in Ihrer Vagina anspannen? Spüren Sie die Empfindungen, die dadurch in Ihren Genitalien ausgelöst werden.
Gehen Sie dann den Körper weiter über den Bauch zur Brust. Spüren Sie hier wieder den Atem und wie mit der Atmung Bauch und Brust sich heben und senken, sich anspannen und wieder locker werden.
Gehen Sie dann den Rücken hinauf zum Nacken über die Kopfhaut zum Gesicht.
Gehen Sie dann Ihre Arme entlang in die Hände und Finger. Spüren Sie jeden einzelnen Finger Ihrer Hände.
Und dann gehen Sie wieder in aller Ruhe in Gedanken durch Ihren Körper hindurch noch einmal in alle Körperpartien hinein, und spüren Sie, wie sich eine immer größer werdende Woge von Entspannung durch Ihren Körper hindurchströmt. Lassen Sie die Entspannung fließen, lassen Sie sie überall hineinströmen. Sie strömt wie von selbst.
Öffnen Sie sich nur für das Gefühl der sich ausbreitenden Entspannung, die in jede Körperpartie hineinströmt und alle Körperteile immer mehr lockert und löst.
Wenn Sie so daliegen und sich ganz der Entspannung hingeben, dann gehen Ihre Gedanken auf Reisen und Sie sehen sich auf einem Esel durch die Wüste reiten.
Es wird allmählich dunkel. Es herrscht Dämmerung. Der Sand ist goldgelb, die Hügel werden tiefpurpurn. Es weht eine kühle Brise. In der Ferne können Sie die Lichter eines kleinen Dorfes erkennen. Sie hören Gitarren. Schauen Sie auf das gelbe Licht, das von der Stadt ausgeht.
Sie reiten in die Stadt hinein, steigen vor einer Bodega ab, machen Ihren Esel fest. Der Himmel glüht rosa und dunkelrot vom Sonnenuntergang. Riesige Kakteen stehen als Silhuette gegen das Rot des Himmels.
Sie hören Gelächter, das aus der Bodega herausdringt.
Sie sind sehr hungrig, da Sie den ganzen Tag geritten sind.
Sie gehen hinein, jeder dort lacht, macht Lärm.
Frauen tanzen in der Mitte des Raumes; betrunkene Männer umschmeicheln sie.
Sie stocken, denn jetzt fällt Ihnen ein, daß Sie hier etwas erleben könnten. Und wenn das schön wäre, dann würden Sie

das vielleicht in Wirklichkeit auch suchen. Sie befürchten, daß aus Ihrem Unterbewußtsein ein ganz starker sexueller Trieb ausbrechen und Ihr Leben gefährden könnte. Phantasien zu bestimmten Handlungen erscheinen Ihnen genauso schlimm wie die Handlung selbst. Sie scheuen sich vor sexuellen Phantasien, die andere Partner einbeziehen oder Sie wollen sich nicht Dinge vorstellen, die Sie in der Realität nicht mögen. Ungewöhnliche sexuelle Vorstellung halten Sie für unreif oder pervers.
Vielleicht können Sie mit diesen Befürchtungen etwas besser umgehen, wenn Sie sich klarmachen, daß sexuelle Phantasien normal und natürlich sind und daß gerade sexuell zufriedene Männer und Frauen während ihres ganzen Lebens solche Phantasien haben. Wer nicht phantasiert, den lenken seine Gedanken leicht von der sexuellen Stimulation ab. Sexuelle Lust bezieht Körper und Geist ein.
Das heißt nicht, daß man Phantasien tatsächlich verwirklicht. Das schöne an Phantasien ist ja gerade, daß sie Ihnen die Freiheit lassen, über die Grenzen der Realität hinaus mit vielen Varianten Ihrer Sexualität zu experimentieren. Wenn sich Ihre Phantasien um Sexualität mit einer anderen Frau drehen, heißt das nicht automatisch, daß Sie im geheimen Frauen als Sexualpartner bevorzugen.
Phantasien sind ein Ausdruck für Kreativität und befriedigen den natürlichen Wunsch nach Abwechslung, nach Neuem und nach Erregung.
Es gibt ganz bestimmte Phantasievorstellungen, die sehr vielen Frauen gefallen. Eine ist die, von jemandem zum Sex gezwungen zu werden. Warum ist die Vorstellung von Gewalt für viele Frauen so anziehend?
Niemand weiß es genau, aber es gibt eine Reihe von möglichen Erklärungen. Eine davon ist, daß Frauen in Bezug auf ihre Sexualität zwiespältige Botschaften bekommen. Im allgemeinen wird ihnen beigebracht, daß es wichtig ist, sexuell attraktiv zu sein; andererseits wird ihnen gesagt, sie sollten ab einem bestimmten Moment "nein" sagen. Anders gesagt, Frauen sollen sexy aussehen, aber nicht sexuell aktiv sein.
Phantasien bieten sich als gute Lösung dieses Dilemmas an; die Frau, die zum Sex gezwungen wird, hat so gut wie keine andere Wahl und keine Verantwortung für das, was geschieht. Der Zwang beseitigt Schuldgefühle, die sonst durch sexuelle Aktivität hervorgerufen werden.
Die Anwendung von Gewalt könnte daher indirekt auch sagen, die Frau ist sexuell so stark anziehend, daß der Mann sich nicht beherrschen kann.
Öffnen Sie sich jetzt wieder für eine Vorstellung, malen Sie sich diese aus, auch wenn Sie wissen, daß es in Wirklichkeit anders wäre: Sehen Sie sich jetzt wieder, wie Sie nach einem ganzen Tag des Rittes durch die Wüste auf einem Esel am Abend zu einer Bodega gekommen sind, empfinden Sie wieder den Raum, das Licht, und die Geräusche, sehen Sie die tanzenden Frauen, erleben Sie die Männer. Und nun setzen Sie sich an einen Tisch und es werden Ihnen heiße Fleischspieße mit roten Pepperoni serviert. Sie nehmen einen großen Biß der roten Pepperoni.

Und Sie setzen damit Ihren Körper in Flammen. Schweiß erscheint auf Ihrer Stirn. Sie probieren die heißen Fleischspieße, die mit Tabascosoße übergossen sind, Bissen um Bissen. Sie liegen heiß und schwer in Ihrem Magen, Sie schwitzen unheimlich. Gießen Sie ein großes Glas mit kaltem Wasser hinunter und schlucken Sie auch die Eiswürfel. Die liegen kalt und schwer in Ihrem Magen. Spüren Sie, wie die Kälte von der Mitte Ihres Körpers ausstrahlt.
Jetzt sind zwei Tänzer in der Mitte des Raumes, ein junger Mann und eine Frau. Sie bewegen sich in lustvoller und verführerischer Weise. Der Mann kommt zu Ihnen und legt seine Hände auf Ihre Schenkel, massiert sie, er steckt seine Hand in Ihre Hosen und fängt an, Ihre Genitalien zu streicheln. Die Musik wird lauter. Die Hitze nimmt zu. Ihre Genitalien sind feucht und warm. Sie spannen Ihre Muskeln an, Sie fühlen ein Zusammenziehen, ein sich Aufbauen und eine Welle. Sie haben einen Orgasmus!
Sie stehen auf und rennen aus der Bodega hinaus in die kühle Nacht. Sie überqueren die schmutzige Straße hin zu den Ställen. Sie legen sich ins Heu und schauen zum verlassenen Himmel hinauf, Sie haben ein schweres, pochendes Gefühl in Ihren Lenden.
Ein Gefühl der Erschöpfung kommt über Sie und Sie schlafen ein. Schlafen Sie, schlafen Sie ruhig weiter. Es tut so gut. Genießen Sie diese körperliche Erschöpfung und Zufriedenheit.
Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit wieder dem Fließen Ihres Atems zu. Beachten Sie das rhythmische Heben und Senken der Bauchdecke und lassen Sie diesen entspannenden Rhythmus Ihr Körpergefühl völlig durchdringen. Der Atem wird allmählich wieder langsamer und die Entspannung vertieft sich. Ihre Muskeln werden allmählich wieder lockerer, Schritt für Schritt lockern sich alle Muskeln Ihres Körpers. Der Körper wird wieder ruhig und schwer, ganz schwer und müde, tief entspannt, schwer und müde.
Genießen Sie die Ruhe und Entspannung. Lassen Sie die Zeit treiben in Ihrer zufriedenen Entspannung.
Und dann achten Sie wieder bewußter auf Ihren Atem, auf das Ein und Aus Ihres Atems. Sagen Sie sich dann, daß Sie jetzt wieder zur Realität zurückkehren wollen. Dann nehmen Sie einen tiefen Atemzug und atmen ganz bewußt aus. Dann spannen Sie den Körper an, dann räkeln Sie sich und dann öffnen Sie erfrischt und mit sich zufrieden und voller angenehmer Lust die Augen und beenden diese Übung.

11. Sitzung

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel.
Stellen Sie Ihre Füße bequem hin, lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage.
Probieren Sie die angenehme Haltung aus - bitte schließen Sie jetzt Ihre Augen und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden.

Stellen Sie sich jetzt vor, es ist ein schöner sonniger Nachmittag im Frühsommer. Sie liegen an einem ruhigen Waldrand um sich auszuruhen und die Sonne zu genießen. Sie fühlen auf der Haut, wie das Licht wärmer und wärmer wird. Die Wärme ist angenehm und entspannend. Sie sind ruhig und entspannt.
Sie haben Urlaub und dösen in der Sonne, ruhig und entspannt. Bleiben Sie ganz in dieser Vorstellung und genießen Sie die Ruhe. /// Sie liegen ganz ruhig und entspannt, Sie atmen langsam ud gleichmäßig ein und aus. // Sie spüren die Wärme der Sonnenstrahlen auf Ihrer Haut, Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das weiche Licht der Sonne wahr. Sie liegen ganz ungestört am Waldrand in der Sonne. Es ist nicht zu heiß, ein leichter angenehmer Wind weht, es ist wohltuend, hier zu sein und Sie sind ganz ruhig und entspannt und genießen den angenehmen Urlaubstag. //
Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus. Die Wolke zieht langsam an der Sonne vorbei, und die Wärme der Sonnenstrahlen nimmt wieder zu und der Schatten verschwindet langsam. / Die Sonnenstrahlen erwärmen Ihre Haut und die Wärme ist angenehm. Sie empfinden die Wärme als wohltuend. Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das Licht der Sonne wahr, der Schatten ist verschwunden. Sie liegen ganz ungestört am Waldrand in der Sonne. Es ist angenehm warm, nicht zu heiß, ein leichter, angenehmer Wind geht. Es ist wohltuend hier zu sein. Sie sind ganz ruhig und entspannt. Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus und genießen den angenehmen Urlaubstag am Waldrand. ////
Und die Sonne wärmt angenehm Ihre Haut. Durch die geschlossenen Augenlider scheinen die beruhigenden gelben Strahlen der Sonne. (Ihre rechte Gesichtshälfte ist warm, angenehm warm. Sie sind ganz entspannt und ruhig. /// Nun wenden Sie das Gesicht ein wenig zur Sonne hin, der Schatten auf der anderen Gesichtshälfte verschwindet, sie wird warm, angenehm warm. Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das Licht der Sonne wahr. Sie spüren die Wärme der Sonnenstrahlen auf Ihrer Haut, sie ist warm, angenehm warm. / Sie sind ganz ruhig und entspannt und genießen die angenehme Wärme. Sie verweilen in diesem angenehmen, entspannten Zustand. /// Sie bleiben ganz in der Vorstellung, wie Sie am Waldrand in der Sonne liegen, es ist ein schöner, sonniger Nachmittag im Frühsommer, Sie haben Urlaub und liegen dösig in der Sonne, ruhig und entspannt. / Sie wenden nun langsam das Gesicht wieder zurück und spüren allmählich das Nachlassen der Wärme auf der einen Seite und den leichten Schatten.)
Sie bleiben ganz ruhig und entspannt, atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus und genießen eine Weile die angenehme Wärme. //////
Sie atmen tief und gleichmäßig und genießen die Entspannung. ///
Sie liegen dösig in der Sonne. Ihre Gedanken wandern und folgende Bilder steigen jetzt in Ihnen auf: Sie sehen sich allein an diesem ruhigen, einsamen Waldrand liegen. Plötzlich fällt der Schatten eines Menschen auf Sie.

Sie öffnen die Augen und sehen eine sehr attraktive Person vor sich, genau Ihr Typ und Sie spüren sofort eine starke Anziehung. Ihr Gegenüber lächelt Sie an und fragt Sie, ob Sie Lust zu einem kleinen Spaziergang hätten. Sie nehmen dieses Angebot gerne an und gehen zusammen am Waldrand entlang. Während sie so nebeneinander hergehen und miteinander reden, spüren Sie, wie sich allmählich eine immer intensiver werdende erotische Spannung zwischen Ihnen aufbaut.
Sie sind beide in sehr guter Stimmung, scherzen und albern miteinander herum und Sie spüren jedes Mal ein aufregendes Kribbeln durch Ihren Körper laufen, wenn sie sich wie zufällig berühren. Immer häufiger und gezielter werden diee zärtlichen Berührungen, bis sie plötzlich beide stehen bleiben, sich umarmen und küssen, erst zart, dann immer leidenschaftlicher.
Sie haben jetzt keinen Blick mehr für die Schönheit dieses ruhigen, einsamen Waldrandes übrig. Ihre ganze Aufmerksamkeit ist jetzt auf die angenehmen Empfindungen gerichtet. Sie spüren die aufregende Wärme des anderen Körpers. Ihnen wird heiß. Es ist wie ein Glühen, das von der Mitte Ihres Körpers ausgeht und nach außen strahlt. Sie fühlen deutlich die Konturen des anderen Körpers, während Sie ihn fester und fester an sich drücken.
Nun fühlen Sie, wie streichelnde Hände und ein liebkosender Mund über Ihr Gesicht wandern, über Stirn, Augen, Schläfen, Nase, Wangen, Ohren und Hals. Sie genießen diese liebevollen Berührungen und geben sich ganz den aufregenden Empfindungen hin.
Die Hände wandern weiter, streicheln Schultern und Arme, gehen weiter zum Rücken, zu Taille und Hüften und zum Po. Immer öfter streicheln sie auch über Ihre Brust und Ihren Bauch. Die Berührungen sind mal weich und zart, dann wieder heftig drückend und massierend. Sie spüren eine wachsende Erregung und Anspannung. Ihr ganzer Körper bebt unter diesen herrlichen Berührungen. Sie wollen immer mehr und mehr davon.
Die Hand wandert nun weiter hinunter zwischen Ihre Beine. Es trifft Sie wie ein Blitz. Die Hand wandert weiter über Ihre Schenkel und massiert sie, kehrt aber immer wieder zu Ihren Genitalien zurück. Und bei jeder Rückkehr läuft eine Welle durch Ihren Körper. Dieses Spiel macht Sie ganz verrückt vor Erregung. Ihnen wird immer heißer und Sie wollen mehr. Immer schneller kommt die Hand zu Ihren Genitalien zurück und immer intensiver werden die Berührungen.
Dann spüren Sie, wie der Reißverschluß Ihrer Hose langsam aufgezogen wird. Eine Hand schiebt sich hinein. Sie fühlen die heiße Hand auf Ihrer Haut. Die Hand streichelt Ihr Schamhaar. Jetzt fängt sie an Ihr Genital zu berühren, erst genüßlich und sanft. Mit der Zeit wird das Streicheln immer leidenschaftlicher und wilder.
Ihr Herz pocht immer schneller, die glühende Hitze in Ihnen nimmt zu. Sie fühlen eine enorme Spannung in Ihrem Körper, die immer noch größer wird.
Dann fühlen Sie plötzlich ein Zusammenziehen, ein Sich-Aufbauen und ein Welle. Sie haben einen Orgasmus.

Alle Spannung entweicht jetzt aus Ihrem Körper, Ihr Herz wird ruhiger. Sie fühlen sich plötzlich ganz schwer, und legen sich in das trockene Gras.
Sie haben ein schweres, pochendes Gefühl in Ihren Lenden. Ein Gefühl der Erschöpfung kommt über Sie und Sie schlafen ein. //////

12. Sitzung

Stellen Sie sich nun bitte vor, es sei eine Situation wie kürzlich am Sonntag: es ist noch früh am Abend; Sie haben ein wenig getrunken und fühlen sich schön entspannt; Sie haben nichts zu tun; Ihr Mann badet und Sie warten auf ihn. /// Was könnten Sie jetzt tun? (Ja, erst muß ich mal die Ruhe genießen, damit ich ganz abschalten kann!) - Ja, gut, lassen Sie sich fallen, machen Sie es sich bequem / achten Sie eine Weile nur auf Ihren Atem /// ...
Wenn Sie sich jetzt entspannt fühlen, freuen Sie sich darauf, daß Sie jetzt für einander Zeit haben? (Ja, doch) - Versinken Sie nicht in Passivität, sonst fühlen Sie sich nachher womöglich durch Ihren Mann gestört. (Ja, das klappt noch zu wenig, ich muß wieder mehr dafür tun, daß es schön wird. Also, ich ziehe mich aus und ziehe einen Bademantel über. Und dann creme ich mich ein wenig ein, das ist wie Streicheln - und vielleicht mal die Phantasien durchlesen.) Sehr gut - machen Sie das. //
(Ich habe jetzt aber keine Lektüre.) Fallen Ihnen vielleicht noch Details daraus ein? (Das schon, aber es geht leichter, wenn ich erst mal etwas dazu lese. Möglichst mehrere Phantasien, dann regt mich das schon an.) - Auch gut, dann lese ich Ihnen jetzt wieder etwas vor und Sie stellen sich vor, daß Sie das zuhause lesen.
Wir haben zwei Jahre regelmäßig zusammen geschlafen, und ich hatte inzwischen drei kurze Affären, aber mein Mann und ich sind erst seit acht Wochen verheiratet. Ich dachte, ich sei auf alle ehelichen Enttäuschungen, wie jede jungverheiratete Frau sie erlebt, vorbereitet, doch auf eines war ich nicht gefaßt. Vorher war unser Liebesleben sehr anregend gewesen, immer ziemlich spontan und phantasievoll. Obwohl ich seit meiner Pubertät masturbiert habe, entdeckte ich erst vor einem Jahr meine Klitoris und hatte meinen ersten Orgasmus. Seitdem war mein jetztiger Mann sehr rücksichtsvoll und handelte entsprechend. Nie hatten wir Verkehr, ohne daß er mich streichelte, bis ich einen Orgasmus hatte, entweder vorher, oder während dem Geschlechtsakt.
Doch seit wir verheiratet sind, ist unser Sexleben im Vergleich zu früher gleich Null. Zugegeben, die Routine des Alltags ist viel größer, oft ist er zu müde, aber selbst am Sonntagnachmittag (das war immer unser "Bleiben wir doch im Bett und vögeln wir"-Tag) gibt es jetzt höchstens ein lahmes Nickerchen.
Da es noch nicht sehr lange so ist, bin ich noch nicht ärgerlich oder gar frustriert, ich werde schon damit fertig.

Wenn ich hier auf eine etwas unzusammenhängende Weise gemeckert habe, so ist das nur meine Art, zum Thema zu kommen: zu meinen Phantasien.
Wenn mein Mann beschließt, zur Sache zu kommen, geht das meistens ruckzuck, rums, bums, fertig, und vielen Dank. Und das ist der Augenblick, wo meine Phantasie sich zu regen beginnt. Ich entdeckte, daß ganz egal, wie lange ich versuchte, zu einem Orgasmus zu kommen, er mir ganz einfach nicht genug Zeit dazu ließ.
Allmählich fand ich heraus, daß es schneller funktionierte, wenn ich mir in Gedanken irgend etwas vorstellte, eine Situation, die mich so erregte, daß es mir ganz schnell kam. Außerdem stellte ich, nachdem ich verschiedene Phantasien ausprobiert hatte, fest, daß die Sache schneller und wirksamer klappte, wenn ich mir jedesmal nur eine bestimmte Szene ausmalte. Und je öfter man sich so etwas vorstellt, entweder während dem Verkehr oder während man mastubiert, um so lebendiger und realistischer wird es.
Das Traumbild, das ich meine, ist kurz. Ich stellte es mir meistens mehrmals vor, ohne ans Ende zu denken, bis ich spürte, wie der Orgasmus mich überwältigte.
Ich sehe einen Raum voller Männer, alle gut angezogen, wohlhabend, und mindestens mittelalt. Ein Mann agiert als mein Ehemann oder mein Aufpasser - er bleibt anonym, und ich habe ihn mir nie für eine nähere Beziehung ausgesucht. Er bestimmt alle meine Handlungen und scheint der Anführer zu sein. Ich bin in dem Zimmer voller Männer und trage ein zauberhaftes Sommerkleid, hell, mit einem weiten Rock. Der Mann erzählt den andern, daß ich schnell verlegen werde, im Grunde aber eine Exhibitionistin bin.
Er befiehlt mir, das Kleid aufzuknöpfen, so daß meine nackten Brüste freiliegen. Dann muß ich mich über einen Couchtisch legen, und zwar so, daß meine Brüste auf der einen Seite herunterbaumeln und auf der andern mein Hintern über der Kante liegt. Er erzählt den Männern, daß mich alles erregt, was eiskalt ist und feucht, und schlägt vor, daß sie meine Brüste in ihre halbvollen Champagnergläser tauchen. (Als mein Mann und ich noch vergnügtere Tage und Nächte zusammen hatten, spielten wir oft mit Eiswürfeln.) Es geht dann damit weiter, daß er die Hand unter mein Kleid und mein Höschen gleiten läßt und meine Pobacken streichelt. Um meine Klitoris oder meine Vagina kümmert er sich überhaupt nicht, nur um meinen Po.
Er unterhält sich mit den anderen Männern und erzählt ihnen, was für einen herrlichen weißen Hintern ich habe und ob sie ihn gern sehen wollten? Er streichelt meine Pobacken noch weiter, dann schiebt er langsam meinen Rock hoch, damit sie sie sehen können, aber ich trage immer noch das Höschen. Er streichelt meinen Hintern noch ein wenig länger, während er ihn immer wieder lobt.
Inzwischen werde ich immer erregter, und wenn ich spüre, wie der Orgasmus kommt, stelle ich mir vor, wie er mir ganz langsam das Höschen über die Hüften herunterstreift. Wenn ich da noch nicht auf dem Höhepunkt bin, fange ich mit meiner Träumerei noch einmal von vorne an,

und zwar ab dem Moment mit den Champagnergläsern, oder ich stelle mir zum Schluß noch vor, daß er mich ein wenig schlägt, nicht sehr hart. Dabei erklärt er den anderen Männern, daß es ihm gefällt, wie meine weißen Pobacken rosa werden.
Die Vorstellung hatte ich zum erstenmal, als ich in der Badewanne masturbierte. Jetzt erlebe ich die Szene im Geist jeden Tag, wenn nicht im Bett bei meinem Mann, dann in der Wanne und mit einem gut gezielten Wasserstrahl.

Lassen Sie diese Geschichte nun einfach so stehen, bewerten Sie sie nicht. Konzentrieren Sie sich auf Ihren Körper, den Sie in Gedanken weiter streicheln und malen Sie sich aus, was gleich bei Ihnen passieren wird. //
Bis hin zu einer milden Explosion, nach der Sie sich warm und entspannt fühlen. Das ist vielleicht wie eine Hitzewelle, die in den Genitalien beginnt und zu den Zehen und zum Kopf strömt. ////
(Hier beginnt Musik, Tango)
Können Sie sich vorstellen, wie es mit Ihrem Mann weitergeht? (Ja, wir sind jetzt zusammen) Nehmen Sie sich die Zeit für ein schönes Erlebnis. ////
Knapp 5 Minuten: Sie streckt sich und lächelt.
War's schön? (/Ja, sehr, die Vorbereitung hat sich gelohnt).
Lassen Sie diese Geschichte nun einfach im Raum stehen und konzentrieren Sie sich nur auf die Entspannung.
Es ist immer noch ein schöner, sonniger Nachmittag im Frühsommer; Sie haben noch Urlaub und liegen dösig in der Sonne, ruhig und entspannt. / Sie bleiben ruhig und entspannt, atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus und genießen noch eine Weile die angenehme Wärme der Frühjahrssonne. //////
Sie bleiben noch einen Augenblick ruhig und entspannt sitzen, bevor Sie gleich die Entspannung beenden. Sie atmen tief und gleichmäßig und genießen die Entspannung. /// Dann sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden, wachen auf, öffnen die Augen und rekeln sich.

ANHANG 7

========

Materialien zu Fall II

3. Sitzung

Grundannahmen

Einstellungen beeinflußen unser Verhalten und Erleben. Manche Grundannahmen denken wir automatisch, sie werden uns also kaum bewußt. Beurteilen Sie die folgenden Meinungen danach, wie typisch diese für Sie sind. Hier kommt es darauf an, ehrlich zu sich zu sein, auch wenn es sich um Ansichten handelt, die als unvernünftig gelten können.

Wenn ich ganz ehrlich bin, muß ich zugeben, daß ich immer wieder denke:	1 2 3 4 5 sehr typisch — un- typisch
1. Es ist für jeden Erwachsenen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt oder anerkannt zu werden.	1 2 3 4 5
2. Man darf sich nur dann als wertvoll empfinden, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.	1 2 3 4 5
3. Bestimmte Menschen sind böse, schlecht und schurkisch und sind für ihre Schlechtigkeit streng zu rügen und zu bestrafen.	1 2 3 4 5
4. Es ist schrecklich und katastrophal, wenn die Dinge nicht so sind, wie man sie gern haben möchte.	1 2 3 4 5
5. Menschliches Leiden hat äußere Ursachen und der Mensch kann wenig Einfluß auf seinen Kummer und seine psychischen Probleme nehmen.	1 2 3 4 5
6. Man muß sich über tatsächliche oder mögliche Gefahren große Sorgen machen, sich ständig mit der Möglichkeit ihres Eintretens befassen.	1 2 3 4 5

	1 sehr typisch	2	3	4	5 un- typisch
7. Es ist leichter, bestimmten Schwierigkeiten auszuweichen, als sich ihnen zu stellen.	1	2	3	4	5
8. Man sollte sich auf andere verlassen und man braucht einen Stärkeren, auf den man sich stützen kann.	1	2	3	4	5
9. Die eigene Vergangenheit hat entscheidenden Einfluß auf unser gegenwärtiges Verhalten und etwas, das sich früher einmal auf unser Leben auswirkte, wird dies auch weiterhin tun.	1	2	3	4	5
10. Man regt sich mit Recht über die Probleme und Verhaltensschwierigkeiten anderer Leute auf.	1	2	3	4	5
11. Es gibt für jedes menschliche Problem eine absolut richtige, perfekte Lösung, und es ist eine Katastrophe, wenn diese perfekte Lösung nicht gefunden wird.	1	2	3	4	5
12. Mein Partner muß mich lieben, gleichgültig wie ich mich verhalte.	1	2	3	4	5
13. Wenn mein Partner mich nicht achtet, ist das entsetzlich.	1	2	3	4	5
14. Die Rolle meines Partners besteht vor allem darin, mir zu helfen und mich zu unterstützen.	1	2	3	4	5
15. Ein Mensch, den ich als Partner akzeptiere, muß tüchtig, leistungsfähig, begabt und intelligent sein.	1	2	3	4	5
16. Ein Partner taugt nichts, wenn er sich in irgendeiner Hinsicht als unfähig erweist.	1	2	3	4	5

3. Sitzung

Meine Gedanken machen mich krank
(Auszug aus dem Buch gleichen Titels von
H. H. Stavemann, 1982)

Die Kernaussagen der Emotions-Therapie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Emotionen entstehen durch Bewertungen (Emotionen sind Gemütszustände oder Gefühle).
- Bewertungen sind subjektive, inhaltlich häufig nicht auf "richtig" oder "falsch" überprüfbare Werturteile von Menschen über Menschen, Dinge oder Situationen.
- Menschen machen sich ihre Emotionen mit Hilfe ihrer Bewertungen.
- Verändern sich die Bewertungen zu einer Sache, Situation oder Person, so verändern sich auch die diesbezüglichen Emotionen.

Die Grundgedanken der Emotions-Therapie sind nicht neu. Bereits vor über 2000 Jahren haben griechische Philosophen die Bedeutsamkeit unserer gedanklichen Werturteile für unsere Gefühlswelt und unser Verhalten erkannt. Als Beispiel dafür mag eine Aussage von EPIKTET (Handbüchlein der Moral, 1.Jh.v.Chr.) stehen:
"Die Menschen werden nicht durch Dinge beunruhigt, sondern durch die Ansichten, die sie darüber haben."

Man erkannte, daß Menschen im Gegensatz zu anderen Lebewesen eine einzigartige Fähigkeit besitzen: Zu denken und mit Hilfe ihres Denkens logische Schlußfolgerungen zu ziehen. Andererseits wurde jedoch auch klar, daß es uns unmöglich ist, nicht zu denken, solange wir bei Bewußtsein sind. Das heißt: Egal in welcher Situation wir uns gerade befinden, wir bilden uns darüber eine Meinung, eine Bewertung, ein Werturteil, auch wenn wir uns dessen nicht immer bewußt werden.

Wenn wir uns einmal genau beobachten, werden wir bemerken, daß unser Denken in Form einfacher Sätze oder Redewendungen abläuft, die wir uns selbst - in der Regel leise, im Kopf - vorsagen. Das heißt:

WENN WIR DENKEN; REDEN WIR ZU UNS SELBST

Diese inneren Sätze werden uns häufig überhaupt nicht bewußt, sie spielen sich oftmals außerhalb unserer momentanen Wahrnehmung ab. Dennoch müssen wir auch in Situationen, bei denen es uns vorkommt, als hätten wir ganz mechanisch oder automatisch reagiert, eine Bewertung gefällt haben.

Denn wie man schon vor 2000 Jahren erkannte, ist ein Verhalten in einer Situation ohne eine Einschätzung derselben nicht möglich.
Wenn wir über ein Ereignis nachdenken, es bewerten, es zum Beispiel als "gut" oder "schlecht", "gefährlich" oder "angenehm" ansehen, so entsteht in uns ein positives oder negatives Gefühl. Oder kürzer:

DURCH DENKEN ENTSTEHEN GEFÜHLE

Welche Gefühle durch unser Denken, durch unsere Bewertung entstehen, hängt davon ab, **w i e** wir eine Situation bewertet haben. Je extremer dabei unser Werturteil über ein Ereignis ausfällt, umso ausgeprägter wird auch unser Gefühl in der betreffenden Situation sein. Das bedeutet

WIR FÜHLEN ENTSPRECHEND UNSEREN BEWERTUNGEN

Das Gefühl, das wir in einer bestimmten Situation empfinden (zum Beispiel Angst, Freude, Wut), ist nun wiederum maßgeblich für unser Verhalten. Was wir tun, ob wir zum Beispiel fortlaufen, lachen oder schimpfen, hängt in der Regel davon ab, welche Emotion durch unser Werturteil ausgelöst wurde. Kürzer:

UNSERE GEFÜHLE SIND MASSGEBLICH FÜR UNSER VERHALTEN

Erst in den sechziger Jahren dieses Jahrhunderts begann man jedoch, diese alten Einsichten und Erkenntnisse systematisch auszuwerten und in die psychotherapeutische Behandlung und Beratung einfließen zu lassen. Aus dieser Bemühung heraus entstand die Emotions-Therapie als Weiterentwicklung der herkömmlichen Verhaltenstherapie.
Da hierbei ein besonderes Gewicht auf dem kognitiven Aspekt des Fühlens und Verhaltens ruht, wird auch häufig von kognitiver Verhaltenstherapie gesprochen, ("kognitiv" heißt: Das Erkennen, Wahrnehmen, Denken betreffend).

Die Emotions-Therapie oder kognitive Verhaltenstherapie geht von der Erkenntnis aus, daß alle Gefühle den Ursprung in unseren inneren Werturteilen haben, mit denen wir Personen, Dinge oder Situationen belegen - ausgenommen die Gefühle, die durch physische Einwirkungen, Hormone oder Drogen ausgelöst werden, wie zum Beispiel körperlicher Schmerz, Hunger, Durst und sexuelle Empfindungen.

Die Gefühle, die wir durch unsere Bewertungen hervorrufen, bestimmen dann wiederum weitgehend unser Verhalten und Handeln. Hierzu ein Beispiel:

BEISPIEL : (1)

Situation / auslösendes Ereignis:

Ich treffe Max.

Meine Bewertung dieser Situation:

Ich denke: "Oh, wie schön!"

Meine emotionale Reaktion, die durch meine Bewertung ausgelöst wird:

Freude

Mein Verhalten:

Ich gehe auf Max zu und begrüße ihn.

Folgen wir der Einsicht, daß unsere inneren Werturteile unser emotionales Verhalten bestimmen, so kommen wir zwangsläufig zu dem Schluß, daß auch krankmachende oder neurotische Emotionen wie bestimmte Ängste, Aggressionen, Depression und Minderwertigkeitsgefühle durch unsere Bewertungen gesteuert und hervorgerufen werden. Oder anders ausgedrückt:

Für unsere Emotionen einschließlich der Ängste, Aggressionen, Depression oder Minderwertigkeitsgefühle, sind nicht bestimmte Personen, Ereignisse oder Situationen verantwortlich, sondern unsere eigenen Werturteile, die wir über diese Personen, Ereignisse oder Situationen fällen.

Gehen wir einmal davon aus, daß wir selbst bestimmen können, wie wir eine Person, Sache oder Situation bewerten wollen, ob wir sie als "gut" oder "schlecht", angenehm, unangenehm oder neutral ansehen. Dies bedeutet dann aber auch, daß wir selbst bestimmen, wie wir uns fühlen, welche emotionale Reaktion wir zeigen!
Als erwachsener, selbständig denkender Mensch können wir daher nicht zu bestimmten Wertungen gezwungen werden. Wir k ö n n e n uns zwar mehr oder weniger bewußt und überlegt bestimmten Werturteilen unserer Umwelt anschließen, m ü s s e n es aber nicht.

Da die Umwelt uns nicht vorschreiben kann, was wir gut oder schlecht zu finden haben, wie wir zu bewerten haben, kann sie logischerweise auch nicht für unsere Emotionen verantwortlich sein. W i r sind es selbst die entscheiden, welches Werturteil wir fällen wollen! Folglich sind wir auch für die Emotionen verantwortlich, die aus unseren Werturteilen resultieren - egal ob es sich dabei um angenehme oder unangenehme oder gar um krankmachende, neurotische Emotionen handelt.

Mit anderen Worten:

Wir machen uns unsere Gefühle durch unsere eigenen Werturteile selbst und sind auch selbst dafür verantwortlich.

Dies bedeutet in letzter Konsequenz:

Wir allein entscheiden durch unsere Bewertungen, ob wir uns in einer bestimmten Situation fröhlich, entspannt, ärgerlich, depressiv, ängstlich, verzweifelt oder minderwertig fühlen.

Das Fazit klingt für viele sicherlich recht befremdend, wenn man bedenkt, daß Depressionen, Ängste, Wut und Minderwertigkeitsgefühle für die meisten von uns wohl kaum erstrebenswerte Gefühlszustände sind.

Warum sollte ich mich selbst depressiv, ängstlich oder minderwertig machen ???

Ja, warum . . . ? ? ?

Einen sinnvollen Grund, weshalb wir uns selbst krank machen s o l l t e n , gibt es wohl kaum. Hingegen gibt es Gründe, weshalb wir uns seelisch beeinträchtigen oder neurotisch verhalten k ö n n e n :

- Entweder hängen wir Werturteilen an, die krankmachend sind, ohne daß wir deren Auswirkungen und Gefahren erkennen,
- oder wir bewerten unbewußt auf eine Art und Weise, von der wir wissen, daß sie schädlich ist,
- oder wir erkennen zwar, daß wir einer unsinnigen, krankmachenden Bewertung anhängen, es gelingt uns aber nicht, etwas dagegen zu unternehmen.

Ziel der Emotions-Therapie ist es nun, die Werturteile aufzudecken, die unser Fühlen und Handeln bestimmen, um sie dann auf ihre Sinnhaftigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Denn nur durch das Bewußtmachen und Erkennen krankmachender Bewertungen bietet sich die Möglichkeit einer Veränderung.

Nur so können unsinnige, unangemessene Werturteile durch sinnvollere ersetzt werden, und nur durch eine Änderung seines krankmachenden Denkens kann der Depressive, der Ängstliche, der Aggressive oder der Selbstunsichere seine neurotische Beeinträchtigung verlieren.

Wie das geschieht und wie man das erreichen kann, werden wir in den nächsten Kapiteln sehen.

(In diesem Buchauszug werden auf insgesamt 21 weiteren Seiten folgende Kapitel dargestellt :

- Das A-B-C der Gefühle
- Was sind Bewertungen
- Die therapeutische Relevanz von Bewertungen
- Angemessene und unangemessene Bewertungen)

7. Sitzung

Vaginale Übungen nach Kegel
(Quelle: Heimann, Lo Piccolo und Lo Piccolo, 1978)

Die Genitalmuskulatur sollte ebenso trainiert werden wie andere Muskeln Ihres Körpers. Arnold Kegel entwickelte 1952 einige Übungen für Frauen, die unter Harnverhalten und damit verbundenen Beschwerden leiden. Man fand heraus, daß bei diesen Frauen dieser Muskel einfach erschlafft war und daher nicht gut funktionierte. Durch Trainieren dieses Muskels konnten die Beschwerden behoben werden, und - zur allgemeinen Überraschung - schienen diese Übungen außerdem dazu beizutragen, das sexuelle Empfinden und die Orgasmusfähigkeit zu steigern. Dies hängt zum Teil sicher damit zusammen, daß Muskeln, die trainiert werden, auch besser durchblutet werden und daß sich die stärkere Durchblutung positiv auf Erregung und Orgasmusfähigkeit auswirkt. Durch das Training können Sie dafür sorgen, daß diese Muskeln gut funktionieren, während Sie gleichzeitig Ihr Empfinden sexueller Lust steigern können.

Am Anfang verlangen diese Übungen einige Konzentration, aber nach kurzer Zeit werden sie Ihnen zur Gewohnheit. Beim erstenmal sollten Sie die Übung damit beginnen, diesen Muskel zusammenzuziehen, während Sie urinieren. Versuchen Sie, Ihren Urinfluß zu unterbrechen. Achten Sie darauf, daß Sie die Beine weit genug spreizen, um sich zu vergewissern, daß Sie die richtigen Muskeln zusammenziehen. Nachdem Sie das ein paarmal getan haben, entleeren Sie Ihre Blase ganz. Üben Sie jetzt nicht mehr weiter, während Sie urinieren, um zu verhindern, daß Urin in der Blase zurückbleibt, der eine Infektion hervorrufen könnte.

Sie haben sich nun den Sitz dieser Muskeln bewußtgemacht und können jetzt die Übungen im Stehen, Sitzen oder Liegen machen. Sie können sie überall und zu jeder Zeit machen, ohne daß es jemand bemerkt. Eine gute Möglichkeit ist es, die Übungen - außerhalb der fest eingeplanten Übungszeit - zusätzlich zu machen, wann immer Sie eine Gelegenheit finden. Sie können sich ab und zu vergewissern, daß Sie die Bauchmuskeln nicht mit anspannen, indem Sie eine Hand auf den Bauch legen, während Sie die Muskeln zusammenziehen. Wenn Ihnen diese Übung leicht fällt und zur Gewohnheit geworden ist, können Sie sie bei jeder Gelegenheit machen - beim Autofahren, Zähneputzen oder zu jeder anderen Zeit.

Es kann sein, daß diese Muskeln erschlafft sind und Sie am Anfang nicht spüren können, daß sie sich zusammenziehen oder anspannen. Wenn Sie nicht sicher sind, ob sich überhaupt etwas tut, führen Sie einen Finger in die Vagina ein. Dadurch werden Sie - wenn Sie die Übung richtig machen - spüren können, wie sich die Vaginalmuskeln zusammenziehen. Wenn nicht, ist es auch nicht schlimm. Wenn Sie eine Zeitlang regelmäßig üben, können Sie sicher bald die Muskelbewegungen spüren.

Vaginales Training nach Kegel

1. Spannen Sie den Muskel an, zählen Sie bis drei, entspannen Sie den Muskel. Atmen Sie regelmäßig.

2. Ziehen Sie den Muskel beim Einatmen an, indem Sie ihn hochziehen, während Sie die Luft einatmen.
Dies wird Ihnen vielleicht am Anfang Schwierigkeiten machen, weil Sie gleichzeitig Ihre Bauchmuskeln anspannen. Wenn Sie eine Zeitlang geübt haben, wird es Ihnen auch gelingen, ohne die Bauchmuskeln anzuspannen.

3. Versuchen Sie, den Muskel abwechselnd anzuspannen und zu entspannen, so schnell Sie können. Atmen Sie dabei regelmäßig.

4. Drücken Sie den Muskel nach unten, so, als würden Sie etwas aus der Vagina hinauspressen oder in Eile urinieren. Sie werden wahrscheinlich merken, daß Sie den Atem anhalten. Versuchen Sie, dabei regelmäßig zu atmen.

Vielleicht spüren Sie ein Gefühl von Wärme oder Kraft in Ihren Genitalien, wenn Sie diese Übungen machen. Das wird sicher durch die stärkere Durchblutung in diesem Bereich hervorgerufen. Es kann sein, daß diese Übungen lustvolle Gefühle bei Ihnen auslösen, vielleicht auch nicht. Jede Frau reagiert anders auf die Übungen. Es ist wichtig, daß Sie nicht versuchen, besondere Gefühle in Ihnen hervorzurufen.
Entspannen Sie sich einfach und konzentrieren Sie sich auf das, was Sie gerade fühlen. Denken Sie daran, der Zweck dieser Übungen ist, Ihren Körper zu stärken und sich auf Gefühle und Empfindungen in Ihren Genitalien einzulassen - ganz gleich ob diese Gefühle nun lustvoll sind oder unangenehm oder neutral. Dieses Bewußtsein ist der erste Schritt dahin, Ihren Körper und seine Reaktionen besser zu verstehen und kontrollieren zu können.

9. Sitzung

Nachstehend finden Sie eine Reihe verschiedener Situationen, die sich für Sie im Umgang mit anderen Personen ergeben können. Schauen Sie sich bitte sämtliche Aussagen in den drei Bereichen - A - B - C - genau an und stellen Sie sich vor, daß Sie sich in einer derartigen Situation befänden!

Stufen Sie bitte jede einzelne dieser Situationen bezüglich ihres Schwierigkeitsgrades ein, d. h. wie schwierig es Ihnen persönlich fiele, in den beschriebenen Situationen frei und ungezwungen zu reagieren.

Schwierigkeitsskala

1...2...3...4...5...6...7

keinerlei Schwierigkeit — sehr starke Schwierigkeit

A Die Aussagen dieser Rubrik beziehen sich auf Situationen in denen es darum geht, positiv gestimmte bzw. freudige Gefühle in Mimik, Gestik und Worten auszudrücken:

1. Ich möchte zeigen, daß ich mich über ein Geschenk freue 1 2 3 4 5 6 7

2. Ich beginne mit einem fremden Mädchen bzw. Mann ein Gespräch, an dem ich interessiert bin 1 2 3 4 5 6 7

3. Ich teile meinen Angehörigen eine positive Leistung, die ich erzielt habe, mit 1 2 3 4 5 6 7

4. Ich möchte meine Freude über das Wiedertreffen eines mir bekannten Mädchens bzw. Mannes zum Ausdruck bringen 1 2 3 4 5 6 7

5. Jemand anderes bemüht sich um meine Person, ich möchte ihn dafür loben 1 2 3 4 5 6 7

6. Ich möchte jemand anderem ein Kompliment machen 1 2 3 4 5 6 7

7. Ich möchte auf die plötzliche Sympathiebezeugung durch Freunde erfreut reagieren ...1 2 3 4 5 6 7

8. Ich möchte meine Freude über eine erwiesene Gefälligkeit ausdrücken 1 2 3 4 5 6 7

B Die Aussagen dieser Rubrik beziehen sich auf Situationen, in denen es darum geht, negativ gestimmte bzw. wütende, aggressive Gefühle in Mimik, Gestik und Worten auszudrücken:

1. Ich möchte Freunden gegenüber zeigen, daß ich sehr wütend bin, es besteht dann allerdings die Gefahr, daß ich sie verletze 1 2 3 4 5 6 7

2. Ich möchte meine Enttäuschung über eine Verletzung durch eine mir nahe stehende Person zeigen 1 2 3 4 5 6 7

3. Ich möchte meinen Ärger darüber zeigen, wenn jemand etwas, das mir gehört, kaputt macht ..1 2 3 4 5 6 7

4. Jemand erkennt mich in einer mir peinlichen Situation und hänselt mich 1 2 3 4 5 6 7

5. Ich ärgere mich über die Unkorrektheit eines Bekannten und möchte ihn darauf hinweisen ...1 2 3 4 5 6 7

6. Ein Freund oder guter Bekannter tut mir Unrecht und ich möchte ihm meinen ungeheueren Ärger darüber zeigen 1 2 3 4 5 6 7

7. Ich möchte einem Bekannten meinen Ärger zeigen, wenn er sich plötzlich, durch das Hinzukommen eines anderen, nicht mehr um mich kümmert ...1 2 3 4 5 6 7

C Die Aussagen dieser Rubrik beziehen sich auf Gesprächssituationen oder Diskussionen, in denen man ruhig und gelassen eigene Argumente vorbringen möchte, auf die der anderen eingeht und diese u.U. auch akzeptiert:

1. Ich möchte meine Meinung formulieren, auch ..1 2 3 4 5 6 7
wenn ich das Gefühl habe, daß mir mein Partner überlegen ist 1 2 3 4 5 6 7

2. Ich möchte eine persönliche Forderung durchsetzen.....1 2 3 4 5 6 7

3. Ich möchte meine Meinung sagen, obwohl ich weiß, daß ich andere damit "vor den Kopf stoßen" könnte 1 2 3 4 5 6 7

4. Ich möchte meine Meinung sagen, obwohl ich weiß, daß der andere meinen Standpunkt - aufgrund von Vorurteilen - gar nicht zu verstehen versucht 1 2 3 4 5 6 7

5. Ich möchte meine Ansicht vertreten und merke die anderen sind gegen mich eingestellt 1 2 3 4 5 6 7

6. Ich habe mich während einer Diskussion stark emotional engagiert und muß nun zugestehen, daß die Argumente der anderen besser sind 1 2 3 4 5 6 7

7. Ich vertrete einen Standpunkt lediglich gefühlsmäßig und möchte nun beginnen meine Ansicht zu formulieren, obwohl ich das Gefühl habe, daß mir im Augenblick keine geeigneten Argumente einfallen werden 1 2 3 4 5 6 7

(Auszug aus einem Manuskript, ohne Autor, o. Jg.)

Die sexuellen Phantasien der Frauen
(Auszug aus dem Buch gleichen Titels
von N. Friday, rororo, 1983)

Beim Cunnilungus schließe ich die Augen und stelle mir vor, daß ich in einem besonders vornehmen Lokal bin, vielleicht in einem sehr eleganten Restaurant. Oberflächlich betrachtet gleicht dieser Abend hundert anderen "smarten" langweiligen Abenden, die wir in ebenso vielen smarten, langweiligen Lokalen verbrachten. Die Männer tragen Dinnerjackets, die Frauen sind hinreißend frisiert, der Oberkellner ist die Perfektion schlechthin. (Ich glaube, daß diese Phantasie meine eigene Reprise der alten Paulette Goddard-Story ist.) Wir sitzen alle an einem Tisch. Glitzerndes Kristall und Silber ist auf einem tiefhängenden, schweren Damasttisch-tuch arrangiert - die Tischdecke ist wichtig, da sie den Mann darunter verbirgt, den ich zwischen meinen Beinen fühle. Ich unterhalte mich angeregt mit meinen beiden Tisch-nachbarn. Wie ist der Mann unter den Tisch gelangt? Inter-essant, daß Sie mich das fragen. In meiner Phantasie habe ich mich nämlich auch um dieses Detail gekümmert. Entweder ist er unter dem Vorwand, eine Serviette aufzuheben, heim-lich unter den Tisch geschlüpft, oder er hat sich bei der Tischrunde entschuldigt - man vermutet natürlich, daß er auf die Toilette gegangen ist - und ist in den Keller ge-laufen, von wo er durch eine Falltür unter dem Tisch heraus-stieg, um dort zärtlich meine nachgiebigen Beine zu spreizen. Es ist schon erstaunlich, wie wenig Zeit es in der Phantasie bedarf, um technische Details zu überwinden, aber die Zeit gleicht ja in der Phantasie auch nicht der normalen Zeit. Manchmal ist dieser Mann ein Schwarzer, meist ist er mir unbekannt. Vielleicht hat er auch das Gesicht eines Neulings in unserer langweiligen kleinen Runde, ein Gesicht auf das ich schon den ganzen Abend ebenso reagiert habe wie jetzt auf seine Berührung an meinen Schenkeln. Ich will ihn, diesen Phantasie-Mann, ebenso sehr, wie ich den Mann will, der wirklich zwischen meinen Knien liegt.
In meiner Phantasie gibt es an diesem Punkt immer eine er-staunliche Vielfalt an Details, z. B. arrangiere ich lässig das Tischtuch über meinem Schoß, damit niemand merkt, daß er meinen Rock hochgehoben hat, seinen Kopf an mich preßt und seine Zunge ... ja, Lippen und Zunge sehe ich sehr deutlich. Dann besteht da das knifflige Problem der vielen Beine unter dem Tisch ... fast wie ein Ballett, und ich bete insgeheim, daß ihn keiner mit den Füßen tritt. Diese Details machen alles noch aufregender. Doch am meisten Angst habe ich - süße Agonie - daß mich jemand zum Tanzen auffordern könnte. Oder, nein, noch schlimmer wäre es, wenn der Mann unter dem Tisch aufhört ... wenn jemand die Rechnung ver-langt und sagt: "Okay, das wär's. Gehen wir!" Vermutlich habe ich in Wirklichkeit Angst davor, daß der Mann, der mit mir schläft, müde wird und aufhört. Ich nehme mir viel Zeit, um zum Höhepunkt zu kommen ... hauptsächlich, weil es mir soviel Lust bereitet, dorthin zu gelangen. Aber es hat in der Vergangenheit Männer gegeben, Liebhaber, die plötzlich

aufhörten, bevor ich meinen Orgasmus hatte, obwohl ich schon wußte, daß ich ihn haben würde ... und jeder kann wohl nachfühlen, was für eine Enttäuschung das ist. All diese Anspannung in meiner Phantasie erhöht natürlich die wirkliche Erregung. Was das Vergnügen schließlich fast zur Marter werden läßt ist die wahnsinnige Angst, was zum Teufel ich in meinem Phantasierestaurant tun soll, wenn der Mann zwischen meinen Beinen mich zum Höhepunkt bringt. Ich lege ihm die Hand auf den Kopf - hör nicht auf! - und nehme mit der anderen eine Zigarette oder stochere in meinem Salat herum, wobei ich ständig ein perfektes Gesellschaftslächeln zur Schau trage und die ganze Zeit überlege: Was soll ich bloß machen, wenn ich komme? (Ich bin recht laut.) Je näher ich dem wirklichen Höhepunkt komme, desto realer wird die Anspannung in der Phantasie. Doch schließlich - Gott sei Dank - gibt es einen plötzlichen Stromausfall im Restaurant und alle Lichter verlöschen. Dann kommt's! In der Dunkelheit und all dem Stimmengewirr habe ich meinen sehr realen, sehr lautstarken Orgasmus. (Tonband-Interview)

Ich helfe einem befreundeten Junggesellen, seine neue Wohnung zu streichen, und weil es ein heißer Tag ist, haben wir uns beide ausgezogen. Er steht auf einer hohen Leiter und pinselt mit einer breiten Bürste die Decke, während ich unter ihm stehe und die Wände mit einem Roller anmale. Es ist eine Wasserfarbe, ein blasses Grau. Wir lachen über irgendeinen Witz - wir haben einen Joint geraucht, und der Plattenspieler ist sehr laut -, und plötzlich sehe ich zu ihm hoch, während er zu mir herabgrinst, und von unten sehen seine Eier so komisch (und nett) aus, obwohl wir beide nie zusammen im Bett gewesen sind, und ich kenne ihn auch gar nicht so gut und weiß nicht, wie er es auffassen wird - jedenfalls lange ich mit meinem Roller hoch, von dem die graue Farbe tropft und male seine hüpfenden Eier an, und weiter rauf bis zu seinem Schlüsselbein. Er stößt einen Schrei aus und stürzt wie ein Verrückter die Leiter herunter und legt mit seiner Bürste los - klatsch, klatsch -, erst die rechte Brust, dann die linke, und ich drehe mich im Kreis, und er klopft mir auf den Hintern, erst auf die linke Backe, dann auf die rechte, mit seiner großen dicken Bürste. Da fahre ich ihm mit dem Roller an der Seite hoch, vom Knöchel bis zur Achsel, er klatscht mir die Bürste auf den Nabel, ich krümme mich vor Lachen, und er ist auf mir drauf, und wir liegen in einer Pfütze grauer Farbe am Boden, wir ringen und kämpfen miteinander und sind plötzlich beide ganz geil, heiß wie die Hölle, und keuchen, und ich sage: "Schieb in rein", und er versucht mich so zu fassen zu bekommen, daß es geht, und ich schlinge ihm vor Lust die Beine um den Hals, damit er an meinen Kitzler kann, und alles ist so schwierig wegen der verdammten Farbe, und plötzlich sehe ich, wie seine Augen sich vor Entsetzen weiten, und im gleichen Augenblick spüre ich es auch. Die Farbe verbrennt uns, doch wir spüren es nur eine Sekunde lang, dann wird es zum herrlichsten

Gefühl von der Welt, und wir beide gleiten ineinander, und das schlüpfrige Zeug auf unserer Haut klebt uns zusammen, und er kriegt ihn rein, und wir rutschen herum und ficken und FICKEN und FIIICCCKKKEEENNN (aaaarrrrgggghhhh). (Tonband-Interview)

Ich stehe vor der Tür zu einem großen Haus. Die Tür geht auf, und ein großer, sehr schwarzer Mann mit einer üppigen schwarzen Frau hinter sich sind drinnen. Er packt mich und zieht mich rein, die Frau schiebt von hinten und hilft ihm so. Sie schieben mich in einen Raum, in dem ein riesiger Schäferhund - ein sehr männliches Tier, im vollen Sinn des Wortes - mit einem Jungen von ungefähr vierzehn zusammengebunden ist. Der Junge ist nackt, mir wird befohlen, mich ganz auszuziehen. "Laß sehen, was du hast", sagt der Schwarze und grinst mich gierig an. Ich protestiere, und er zeigt mir eine Peitsche, während seine Frau mich energisch auszieht und mir die Hände auf den Rücken bindet. Sie zieht ihm die Hose aus, und sein Schwanz ist zu sehen. Der ist anomal groß und steif, und sie zieht ihm die Vorhaut vor und zurück. Ich muß mich vor ihm hinknien, und dann befiehlt er mir "Schwanz" und "Steifer" zu sagen. Ich muß darum betteln, gefickt zu werden, und er zwingt mich, mehrmals "ficken" zu sagen.
Dann wird der Hund freigelassen. Ich muß mich auf den Rücken legen, der Hund ist über mir, mein Kopf ist bei seinem Schwanz, und er leckt mir die Fotze. Ich muß seinen Schwanz befühlen und ihn vorsichtig reiben. Dann muß ich loslegen und den Schwanz des Hundes in den Mund nehmen. Der schwarze Mann paßt auf, daß ich auch richtig daran sauge. Dann muß ich mich rücklings auf einen breiten Hocker legen, die Frau schiebt mir den Hund zwischen meine gespreizten Beine und führt seinen Schwanz in mich ein. Der Junge beobachtet mich, und auch die Frau ist jetzt nackt. Ich muß um einen Fick betteln, während der Mann seinen Schwanz gegen meine Mund reibt, bis er groß und feucht wird. Ich muß ihn lecken, und plötzlich packt er meinen Kopf und preßt seinen dicken Schwanz in meinen Mund und hält mir die Nase zu, so daß ich gezwungen bin, zu saugen und seinen Samen zu schlucken, wenn er kommt. Es scheint mir eine Ewigkeit, bis ich ihn runter habe. Als Schlußakt muß ich an den Titten seiner Frau saugen, dann an ihrem Kitzler, bis sie völlig befriedigt ist, während der Junge über meinen Busch und meinen Bauch ejakuliert. Die Phantasie verblaßt, ich bin feucht und reibe mit den Fingern meine Schamlippen, bis ich einen Orgasmus habe.

Meine Phantasien beim Sex drehen sich gewöhnlich um einen oder mehrere Männer, was immer wir dann tun, es ist unweigerlich eine Gruppe von Personen dabei, die zusehen. Sowohl in der Phantasie als auch in der Wirklichkeit bin ich eine Exhibitionistin. Ich genieße es, wenn Männer auf das Dreieck meiner Hose, meines Badeanzuges, meiner Strumpfhosen schauen. Mein Mann weiß von meinen Phantasien und ermuntert mich darin.

Er weiß auch von meiner Masturbation, die, wie er findet, meine Sexualität anheizt. Beim Masturbieren sind meine Phantasien gewöhnlich exhibitionistischer Natur. Vor meiner Ehe hatte ich gelegentlich lesbische Phantasien; jetzt aber nicht mehr.
Hier ist meine Lieblingsphantasie:
Es ist Abend. Wir gehen zu einer Party, und ich ziehe mich im Schlafzimmer an. Ich ziehe einen BH an, ein kurzes tunikaähnliches Kleid und außerdem nur noch Schuhe (ich bin wunderschön braun). Ich stehe mit erhobenen Armen vor dem Spiegel, dadurch zieht sich mein Kleid bis über meine Fotze empor. Wenn wir auf der Party ankommen, sind ungefähr sechs Paare da, alle hübsch oder schön, die Männer in engen Hosen, die Frauen alle voll bekleidet. Ich setze mich und genieße es, daß die Männer unter meinen Rock spähen. Dann stehe ich auf und bücke mich, um etwas vom Fußboden aufzuheben. Ich spüre Hände auf meiner Hüfte. Ich bleibe stehen, wie ich bin, und fühle, wie ein großer Penis in mich eindringt. Ich sehe mich nicht um, und er macht weiter, bis er fertig ist. Dann nimmt mich ein anderer Mann, legt mich aufs Sofa und fickt mich. Sie wechseln sich ab, in den verschiedensten Positionen, während die anderen zusehen. Von den anderen Paaren schläft jedoch keines miteinander. Schließlich gehen wir. Es ist ein warmer Abend und mein Mann legt beim Gehen seinen Arm um meine Taille. Dadurch rutsch mein Rock so hoch, daß die vorübergehenden Männer meine Fotze sehen können. Als wir an einem Stück Rasen neben der Straße vorbeikommen, ziehe ich meinen Mann zu Boden, daß er auf dem Rücken liegt. Ich nehme seinen Penis in den Mund, dann besteige ich ihn, und wir ficken in aller Öffentlichkeit. Hätte ich mit meinem Mann gefickt, während ich diese Phantasie habe, hätten wir jetzt den Punkt erreicht, an dem ich ihm zu erzählen beginne, was in meiner Phantasie geschieht, und daß er der Mann ist, der es tut, und so könnten wir auf ein ganz fabelhaftes Finish hinarbeiten (Brief).

Eine meiner Lieblingsphantasien ist es, einen Jungen, der mich erregt, gefesselt vor mir zu haben. Er ist hilflos; ich ziehe im die Hose aus und spiele mit seinem Penis. Wenn er beinahe so weit ist, daß er kommt, höre ich auf und sehe zu, wie er leidet. Dann zwinge ich ihn dazu, bei mir das zu machen, was wohl, glaube ich, Cunnilingus genannt wird, ehe ich schließlich mit seinem Penis spiele, bis er kommt.
Wenn ich mit Jungen schmuse, habe ich es gern, wenn sie Cunnilingus bei mir machen (ich nenne es gewöhnlich, meine Pastete essen), und wenn ich masturbiere, stelle ich mir vor, daß ein Junge das mit mir macht.
Manchmal, wenn ich masturbiere, spiele ich mit meinen Brustwarzen und dann stelle ich mir gern vor, daß ein Junge an ihnen saugt. Oder ich stelle mir vor, daß ein Junge mich fickt und daß mein Finger sein Penis ist, der rein und raus geht. Das mache ich, bis ich so oft gekommen bin, daß ich nicht mehr kann.

Eine meine verrücktesten Phantasien ist es, den Hintern versohlt zu bekommen. Ich stelle mir vor, daß ein Junge, der mich wirklich aufregt, mich packt, mir den Rock hochschlägt, die Hose runterzieht und mir den Hintern versohlt, bis es richtig weh tut. Wenn ich dann weine, küßt er meinen ganzen Hintern und macht Cunnilingus mit mir.
Ich habe ein paar Jungen den Penis geleckt, wenn ich mit ihnen geschmust habe, und manchmal denke ich daran, wenn ich masturbiere. Wenn ich mir das vorzustellen versuche, sauge ich manchmal an meinem Daumen.
Die gemeinste von meinen Phantasien ist es, glaube ich, einen Jungen in meiner Gewalt zu haben und ihn zu allem zwingen zu können, was ich mir wünsche. Ich stelle mir vor, daß ich in einem großen Sessel sitze, der wie ein Thron aussieht, daß mein Rock hochgeschlagen ist, daß ich keine Hose anhabe und daß der Junge zwischen meinen Beinen kniet und Cunnilingus mit mir macht. Manchmal, wenn ich wirklich den Teufel in mir habe, stelle ich mir vor, daß ich ihm in den Mund pinkele und er es schlucken muß. In meiner Phantasie sind die Hände des Jungen gefesselt, so daß er mich nur mit dem Mund berühren kann. Gewöhnlich ist er nackt, und manchmal stelle ich mir vor, daß ich ihn auspeitsche, während er so vor mir kniet. Diese Phantasien schmücke ich je nach Lust und Laune aus.

Ich habe auch noch andere Phantasien, aber diese sind mir jetzt am liebsten.
Vor ein paar Jahren habe ich es mit einem anderen, etwas älteren Mädchen getrieben. Meistens haben wir einander masturbiert, und ich habe an ihren Brustwarzen gesaugt. Von ihr habe ich den Cunnilingus gelernt. Wenn ich masturbierte, dachte ich an alles, was ich mit ihr gemacht habe, und daran denke ich auch heute noch manchmal, wenn ich masturbiere. Meistens denke ich daran, wie sie in Erregung geriet und so toll kam, wenn ich an ihr herumspielte. Manchmal stelle ich mir gerne vor, wie es wohl wäre, wenn ich dieselben Sachen mit einem jüngeren Mädchen tun würde. Außerdem stelle ich mir gerne vor, wie es wäre, wenn ich einen Penis hätte wie ein Junge und mit einem Mädchen Sex hätte.
Wenn ich einen Jungen sehe, der mich aufregt, versuche ich mir vorzustellen, wie er aussähe, wenn er nackt und mit aufgestelltem Penis dastände. Der Gedanke an seinen stehenen Penis wirkt besonders stark auf mich. Wenn so ein Junge mich ansieht, stelle ich mir vor, daß er mich auch nackt sehen kann. Gelegentlich stelle ich mir dasselbe mit einem Mädchen vor. Manchmal, wenn ich in der Schule an der Jungentoilette vorbeikomme, stelle ich mir die Jungen da drinnen mit aus der Hose hängenden Penissen vor. Dann muß ich lachen, statt Sexgedanken zu kriegen.
Die Jungen, mit denen ich Sex habe, wissen nichts von meinen Phantasien, aber manchmal kriege ich sie dazu, Dinge zu tun, über die ich vorher, ohne daß sie es wissen, phantasiert habe. Ich genieße es, wenn sie vor mir knien und Cunnilingus mit mir machen, bevor ich etwas mit ihnen mache.

Ich stelle mir gern vor, daß ich mit einem Jungen, der mich wirklich aufregt, bis zum Letzen gehe, während alle meine Freundinnen zusehen; ich stelle mir vor, daß sie so in Erregung geraten, daß sie selbst anfangen zu masturbieren und ihn bitten, es mit ihnen zu treiben, aber er bleibt bei mir. Außerdem masturbiere ich gern, wenn ich Rockmusik höre. Manchmal stelle ich mir vor, daß einer der Sänger mit mir vor einem großen Publikum Sex hat.
Ich mag Pferde und stelle mir manchmal vor, daß ich nackt und ohne Sattel auf einem herrlichen Vollblutpferd reite. Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich an so was denke, aber einmal versuchte ich mir vorzustellen, wie es wohl wäre, wenn das Pferd seinen großen Penis in mich hineinsteckte. Das war aber eher so etwas wie Neugier.
Das einzige Mal, daß ich von meinen Phantasien gesprochen habe, war ein paarmal mit diesem älteren Mädchen, von der ich Ihnen erzählt habe. Damals brachte uns das besser hoch.
Ich bin sicher, daß es noch andere Dinge gibt, die ich Ihnen hätte erzählen können, wenn sie mir eingefallen wären, aber ich hoffe, daß auch dies Ihnen ein bißchen hilft. (Brief)

Ich bin also in diesem Haarladen, einem sehr schicken Laden wie Arden oder Revlon. Irgendein Schwuler mit einer ziemlich gewöhnlichen Vorstellung von Eleganz hat ihn eingerichtet, mit Kronleuchtern und Springbrunnen, goldenen Waschbecken und schockrosafarbenen Stühlen, deren Lehnen man flachstellen kann, so daß man halb liegt, während das Haar trocknet und man seine Fingernägel manikürt oder sich eine Gesichtsbehandlung machen läßt. Diese Stühle stehen in einer langen Reihe, mit einem gewissen diskreten Abstand zueinander, grüne Topfpflanzen wachsen recht und links, so daß wir Damen ein gewisses Gefühl von Privatspähre haben.
Ich habe gerade eine Gesichtsbehandlung, ich habe eine Crememaske auf dem Gesicht und kühle Wattebäusche auf den Augen. Ich kann absolut nichts sehen. Außerdem würde ich sowieso nicht wissen, was los ist, weil ein weißer seidener Vorhang von der Decke bis zu meiner Taille runterhängt, dann weiter bis zum Boden. Von der Taille abwärts kann mich niemand sehen. Aber ich kann auch niemand sehen. Doch ich weiß Bescheid. Drüben, auf der anderen Seite, steht ein junger Mann - eigentlich ist es an ganzer Haufen junger Männer, eine Reihe von jungen, kräftigen, muskulösen Typen, halb nackt. Sie tragen eine Art Lendenschurz, und ihr Körper glänzt vor Schweiß, während sie ihre Pflicht tun. Bei uns, den Damen. Sie sind dazu da, um uns zu bedienen. Aber während auf unserer Seite des Vorhangs die Einrichtung sehr schick ist, mit Kronleuchtern, Springbrunnen und gepflegter Atmosphäre, arbeiten diese Burschen auf der anderen Seite wie die Galeerensklaven, einer neben dem andern, keine schönen Lampen, keine hübsche Musik, nur das Knallen der Peitsche, wenn der Aufseher an der Reihe entlanggeht, hin und her, und aufpaßt, daß keiner einen Streich versäumt - sozusagen.
Der Bursche, der für mich zuständig ist, ist dunkel und sieht auf eine eher unpersönliche Art gut aus. Außerdem kann er

mich ja nicht sehen. Für ihn bin ich nichts weiter als eine Vagina. Er könnte auch ein Schwuler sein, ich weiß es nicht, doch auch das würde meine Lustgefühle nicht verringern. Der Witz daran ist einfach, daß es sein Job ist, daß er dazu angestellt wurde. Ein Dienst am Kunden, den dieser schicke Salon offeriert wie zum Beispiel auch den Masseur. Er hockt zwischen meinen Beinen und besorgt es mir mit der größten Geschicklichkeit, die man sich überhaupt vorstellen kann. Diese erste Sekunde ist wahnsinnig erregend, ich liege da, die Beine zu einem V gespreizt, und warte auf ihn. Ich kann nicht sehen, daß er näher kommt, ich weiß nicht, daß er da ist, bis seine Zunge - seine Zungenspitze - hervorschnellt und mich trifft, ein Gefühl zum Wahnsinnigwerden!
Also, jetzt ist er da und bearbeitet mich ganz herrlich, und ich liege auf der anderen Seite des Vorhangs, der selige Ausdruck auf meinem Gesicht unter der Gesichtsmaske verborgen, die Brunnen plätschern, die leise Musik spielt. Sein Kopf wendet sich hin und her, während er mich fachmännisch und automatisch erregt und hinhält, erregt und hinhält ... und er erregt mich immer mehr. Er selbst hat nichts davon - außer seiner Bezahlung. Sein Schwanz baumelt ihm zwischen den Beinen, klein wie ein Daumen, während er dahockt und mit großer Könnerschaft an mir leckt. Doch plötzlich, mit mir, ist alles anders. Ich bin etwas Besonderes. Das Leben, das er in meiner Vagina weckt, steckt ihn an, diese unglaubliche Sinnlichkeit, die ich habe ... vielleicht kann er das Klopfen in meiner Vagina spüren. Hast du schon mal so ein Klopfen gespürt? Es ist wie Trommeln, wenn es anfängt ... wenn ich anfange!
Aber zurück zum Haarladen. Plötzlich entdeckt der gemeinsame alte Aufseher mit der Peitsche, daß mein Kerl langsamer geworden ist. Damit meine ich, daß er zu viel kostbare Zeit braucht, daß er tatsächlich mit dem Herzen bei der Sache ist, daß er der Kundin mehr gibt, als notwendig ist. Er schlägt meinen Kerl mit der Peitsche, aber mein Junge dreht sich nicht einmal um. Er stöhnt und preßt sich in meine Vagina, als gäbe es kein Morgen, und sein Schwanz ist jetzt riesig, seine Hand streichelt ihn, und er wird immer geiler und ich auch.
Der Aufseher mit der Peitsche schlägt ihn heftig, doch der Junge ist für die Welt verloren, er spürt nur mich, wir kommen uns immer näher und näher, und jetzt zusammen, und plötzlich beginne ich zu beten, daß der verdammte Mann mit der Peitsche ihn nicht wegzieht, weil wir gleich den herrlichsten Höhepunkt unseres Lebens haben werden. Der Mann mit der Peitsche packt ihn an den Schultern - mein Herzschlag setzt für eine Sekunde aus - er versteht es einfach nicht. Er hat noch nie erlebt, daß einer von diesen Burschen sich so aufgeführt hat, daß sich einer von einer Kundin so andrehen hat lassen, von der Vagina einer Kundin!
Dann, im entscheidenden Augenblick merkt der Kerl mit der Peitsche plötzlich, wie er seine berufliche Reserviertheit verliert, unsere Erregung greift auf ihn über. "So etwas habe ich noch nie erlebt!" brüllt der Kerl mit der Peitsche. "Wieso ist der Mann so verrückt vor Lust, daß er nicht mal seinen Lohn haben will?"

Und dann passiert es. Der Mann mit der Peitsche ist selbst auch so aufgepeitscht, daß er seinen eigenen Schwanz rausholt und ihn fieberhaft bearbeitet, und wenn wir kommen, kommt er auch - und, oh Junge, was ist das für ein herrlicher Tag in diesem Haarladen! (Tonbandinterview)

Ich verstecke mich vor den anderen. Wir spielen Verstecken, und man hat mir Zeit gegeben, um mich zu verstecken. Ganz oben im Haus habe ich ein leeres Zimmer gefunden, das lediglich mit einem Bett möbliert ist. Rasch, im Stockfinstern, schlüpfe ich unter das Bett und warte darauf, daß die anderen mich finden; ihre Stimmen sind jetzt weit entfernt. Das heißt, weit entfernt, bis auf die Schritte einer Person, die immer näher kommen. Er kommt direkt auf mich zu, als wüßte er, wo ich bin, als hätte ich eine Spur, eine Witterung hinterlassen. Als hätten wir dieses Versteck vereinbart. Ich halte den Atem an, mein Herz klopft, denn ich weiß, wer das ist, der einzige Mensch der ganzen Gruppe, von dem ich wollte, daß er mich findet, daß er mich vor den anderen findet. Er muß es sein. Ich will, daß er es ist.
Er kommt geradewegs ins Zimmer, ganz ruhig und schnell, damit die anderen ihn nicht hören. Dann schlüpft er im Dunkeln zu mir unter das Bett. Wir liegen nebeneinander, wagen kaum zu atmen, unsere Hände beginnen uns gegenseitig zu erforschen. Hände, die mich niemals zuvor berührt haben, berühren mich überall. Hände, denen ich in Gedanken ein Gesicht zuordne, jenes Gesicht, das ich schon immer aufregend fand, das zu küssen mir jedoch nicht anstand. Ich wage kaum zu atmen, während ich auf die Stimmen der anderen lausche, die sich nähern und entfernen, während sie eins nach dem anderen die entfernten Zimmer durchforschen ... Beide bewegen wir uns ganz langsam. Meine Haut ist lebendig, die Erregung durchläuft meinen Körper, während meine eigenen Hände ihm helfen, meinen Pullover hochzuziehen, seinen Mund auf meine Brust zu drücken. Ich helfe ihm, den Reißverschluß meiner Hose zu öffnen, und dann hebe ich mit all meinem Mut das Becken und drücke seinen Kopf hinab. Sein Mund liebkost mich überall. Meine Hände. in der Dunkelheit immer kühner, tasten über ihn hin, finden seinen erigierten Penis, hart wie ein Stein, und die ganze Zeit scheinen wir uns wie in Zeitlupe zu bewegen, hier auf diesem nackten Fußboden, atmen kaum, während sich unsere Körper vor dem Hintergrundgeräusch der Stimmen im Stockwerk unter uns bewegen. Die anderen rufen sich gegenseitig. "Habt ihr sie gefunden?" Dann rufen sie meinen Namen. "Emma! Wo bis du, Emma?" Mit jedem Schritt kommen sie näher. Je lauter ihre sich nähernden Stimmen werden, desto hektischer werden unsere Körper. Die anderen lachen und rufen einander, nennen Plätze, an denen ich mich versteckt haben könnte; sie wissen jetzt, daß wir die einzigen sind, die noch fehlen. Dann werden ihre Stimmen leiser, und ich bete, lieber Gott, laß sie uns noch nicht finden! Dann höre ich die Stimme meines Freundes Benno, und obwohl nicht mal eine Andeutung von Verdacht darin liegt, machen mich die Angst und Furcht, die ich empfinde, noch heißer, bewirken, daß ich die

unglaublichsten Dinge mit diesem Mann mache, den ich kaum kenne. Jetzt gibt es nichts mehr, was ich nicht mit mir machen ließe, sogar Schmerzen, sogar Wörter in mein Ohr, die noch nie ein Mann gesagt hat. "Mehr!" Mein eigenes Geflüster ist in meinem Ohr. "Mehr!" verlange ich und bin schon naß, noch ehe er ganz in mir ist. Wir sind wie zwei Verschwörer im Dunkeln, atmen so schwer, daß es fast nicht zu verstehen ist, daß sie uns nicht hören.
Jetzt, da sie wissen, daß wir zusammen sind, gewinnt die Suche neunen Auftrieb. "Was macht ihr zwei? Wo seid ihr?" rufen sie, jetzt lachend und neckend. Die Dringlichkeit ihrer Suche greift auf uns über, die wir beide vom Schweiß des anderen klatschnaß sind und die Kleider halb aus- und halb angezogen haben ... Wie sollen wir es den anderen erklären? Aber dafür ist es jetzt zu spät. Schritte ertönen auf der Treppe, jemand hat die kleine Tür gefunden, die auf den Dachboden führt. Es ist nur einer. Wir brauchen mehr Zeit, Sekunden nur. Wir hören den Suchenden im Dunkeln stolpern, und während der Schwanz in mir immer tiefer in mich hineinstößt, reißen meine Zähne die Haut meiner Unterlippe auf, und wir ficken im Takt der Schritte draußen im Dunkeln, die immer näher kommen, wie auch wir immer näher herankommen an etwas, dem wir nicht mehr ausweichen können. Jetzt, da ich weiß, daß es nicht mehr in meiner Macht liegt, weiß ich auch, daß derjenige, der kommt, Benno ist.
Er ruft zu den anderen hinunter, weil er glaubt, uns gefunden zu haben. Während die Schritte und Stimmen immer näher kommen, nähern auch wir uns dem Höhepunkt, bis ich komme. (Auf Bitte niedergeschrieben)

Ich habe die Phantasien ziemlich oft, während Ben mich fickt. Oder besser gesagt, ich habe sie, wenn wir gut in Form sind, wenn mein Körper ganz entspannt und voll Erfindungsreichtum ist. Ben wird so erregt, wenn ich diese Phantasien habe, als würde er sie auch durchmachen. Dabei weiß ich genau, wenn es in Wirklichkeit passierte, wäre er entsetzt - und ich wohl auch. Ich glaube, in unserem Leben gibt es keinen Platz für Gruppensex. Es paßt einfach nicht zu uns. Wir wüßten nicht, wie wir es machen sollten. Doch in der Phantasie, da ist es phantastisch.
Wir drei sind im Wohnzimmer. Ben, meine Freundin Helen und ich. Es ist unser Wohnzimmer, hier im Haus. Nur die Fenster sind größer, vorgebaut, mit großen Scheiben, ohne Gardinen, wie die Fenster in den langen endlosen Reihen kleiner Häuser, wo überall Licht brennt, die an endlosen Straßen stehen, die sich durch das Land ziehen, die Leute leben dort wie zur Schau gestellt, wie ... Wir sind gerade vom Einkaufen zurückgekommen, wir drei, und während ich in die Küche gehe, um die Lebensmittel auszupacken und mit dem Abendessen anzufangen, sehe ich, wie Ben Helen aus dem Mantel hilft. Ich stehe am Spülbecken und beobachte ihr Spiegelbild in dem riesigen blankgeputzten Fenster. Ben steht hinter ihr, die Hände auf ihrer Schulter, auf ihrem Mantel, doch sie langt rasch nach ihnen und zieht sie zu ihren Brüsten. Sie legen sich um ihre

Brüste, und sie hält sie so fest. Ich raschle ein wenig mit irgendwelchen Tüten, damit sie sicher sind, daß ich noch damit beschäftigt bin, die Lebensmittel wegzuräumen.
Ich lasse Wasser ins Spülbecken laufen, um ihnen Zeit zu lassen, damit sie weitermachen. Ben zögert, doch läßt es zu, daß sie seine Hände weiter auf ihre Brüste preßt. Dann drängt sie sich mit ihrem Hintern an ihn und reibt sich an seinen Leisten. Ich kann die Geilheit, die plötzlich in Ben hochschießt, fühlen, denn wenn ich das gleiche tue, bekommt er sofort einen Steifen.
Ich kehre ins Wohnzimmer zurück, aber vorher räuspere ich mich und sage irgend etwas, damit sie gewarnt sind. Ich gehe durch das Zimmer und sage, daß ich nach oben gehe, um schnell zu baden, und bitte Ben, Helen was zu trinken zu machen und ihr Gesellschaft zu leisten. Aber ich verschwinde nicht nach oben.
Ich stehe hinter der Tür und warte und beobachte sie. Ben sitzt auf dem Sofa, scheu wie immer, und es ist Helen, die anfängt. Sie kniet sich vor ihn hin, zieht den Reißverschluß seiner Hose auf und nimmt seinen Penis in ihre Hand. Dann steckt sie ihn in den Mund. Ben hebt die Hände, um sie wegzuschieben, er blickt kurz in die Richtung, in der ich verschwunden bin, doch seine Gefühle überwältigen ihn. Er sieht Helen, sieht ihre Lippen um seinen Penis, ihren Mund, der voll von ihm ist, ihre Lippen liegen um ihn, als ob sie ihn verschlucken wollte. Er langt wieder nach ihren Brüsten und streichelt sie. Ich habe das Gefühl, sie werden in seiner Hand immer größer, sie schwellen an, bis sie so groß sind wie meine. Ihr blonder Kopf bewegt sich schneller und schneller, rauf und runter an seinem Penis, sie schiebt die Lippen zurück, damit er ihre Zähne sehen kann, sie sind klein und weiß, und sie tut, als würde sie einen köstlich schmeckenden Bissen Fleisch essen.
Die Spitze gleitet tiefer und tiefer in ihre Kehle. Ben ist vor Ekstase praktisch wie gelähmt. Er sinkt tiefer ins Sofa zurück, er langt mit den Händen nach seiner Hose und macht sie ganz auf, so daß sie besser an ihn rankann. Er ist ganz und gar nicht mehr der Ben, den ich kenne. Helen knöpft ihre Bluse auf, ohne seinen Penis auch nur eine Sekunde in Ruhe zu lassen. Sie saugt weiter an ihm. Sie nimmt ihre Brüste in ihre eigenen Hände und massiert sie, bis ein paar Tropfen Milch hervorspritzen, auf Bens Schamhaare, und sie naß machen.
Leise trete ich ins Zimmer, ich weiß, daß sie jetzt nicht mehr aufhören können, und möchte sie aus der Nähe beobachten. Sie haben sogar vergessen, daß ich überhaupt im Haus bin. Ben ist dabei, in ihrem Mund zu kommen, aber er will noch viel lieber die Milch haben, und er hebt sie hoch, zieht sie aufs Sofa, so daß er an ihren Brüsten saugen kann, während er sie mit den Händen auszieht, er streichelt sie, bis sie stöhnt, er soll in sie reinkommen, dort auf unserem Sofa, mit den Kleidern, halb ausgezogen, halb noch an, vor dem riesigen Fenster. Ich reiße mir die Kleider vom Leib und gehe nackt zu ihnen hin. Ich klettere auf das Sofa, hinter Ben. Ich möchte unbedingt mitmachen, ich möchte Ben noch mehr Genuß geben, für all den Genuß, den er Helen gibt -

die eigentlich zum Teil ich bin und zu einem Teil Helen -, und plötzlich habe ich so ein warmes feuchtes Ding, das ich in ihn reinstecke, einen Penis, meinen Penis. Langsam drücke ich ihn rein, bis er ganz drin ist. Ben keucht vor Aufregung, und ich spüre das gleiche heftige Gefühl, als ob tatsächlich ein Teil von mir in ihn eindringt, als wäre es tatsächlich mein Penis. Fest und schnell schiebe ich ihn hin und her, im gleichen Rhytmus, in dem er Helen fickt, deren Vergnügen ich auch spüren kann. Ich kriege es auf beide Arten, ich habe alles, es ist überwältigend.
Ich kann es nicht mehr aushalten, es ist zuviel, und ich schiebe ihn tiefer und tiefer in meinen Mann rein, bis ich das Gefühl habe, mein Penis geht durch Ben hindurch und in Helen hinein, in mich selbst, und ich sterbe vor Lust.

12. Sitzung

Gartenszene
(Kroger und Fezler, 1976)

Sie sind inmitten eines riesigen Gartens. Es ist Mitternacht. Es ist Mittsommer. Die Luft ist warm und weich. Der Garten erstreckt sich Meilen um Meilen. Sie gehen einen Pfad entlang, auf dessen beiden Seiten Orangenbäume stehen. Der Mond ist voll und gelb. Die Orangenbäume sind dunkelgrün mit leuchtend gelben Orangen, phosphorizierend im Mondlicht. Es liegen Orangen auf der Erde. Sie sind sehr reif. Der Orangenduft liegt schwer in der Luft. Sie pflücken eine Apfelsine vom Ast. Beißen in die Orange ... Der süße Apfelsinensaft fließt in Ihren Mund, läuft durch Ihren Hals in Ihren Magen. Schmecken Sie die Orange. Jetzt gehen Sie weiter, bis Sie zu einem Ort kommen, wo sich zwei Wege kreuzen ... Sie gehen nach rechts, wandern einen Weg hinunter mit Zitronenbäumen auf jeder Seite, die gelb im Mondlicht leuchten. Sie pflücken eine Zitrone. Sie fühlen die rauhe Struktur der Zitronenschale. Sie schälen die Zitrone. Riechen den zitronigen Duft der Zitronenschale. Sie beißen mit den Zähnen in die Zitrone. Der saure Zitronensaft fließt in Ihren Mund. Schmecken Sie die Zitrone. Der Speichel fließt. Ihr Mund zieht sich zusammen, wenn Sie den sauren Zitronensaft schlucken. Sie gehen weiter, Geschmack und Geruch von Zitronen begleiten Sie weiter.
Plötzlich liegt eine weiße Marmortreppe vor Ihnen, die hinunterführt. Weißglänzend im Mondlicht. Sie beginnen, die Stufen herabzusteigen. Mit jeder Stufe, die Sie hinuntergehen, werden Sie tiefer und tiefer entspannt. Wenn Sie das Ende der Treppe erreicht haben, werden Sie sich in einem tiefen Zustand der Entspannung befinden ... Sie stehen nun am Ende der Treppenstufen. Vor Ihnen liegt ein großes marmornes Schwimmbecken. Überall um das Becken sind rote und weiße und gelbe Rosen, samtig weich im Mondlicht, bedeckt mit Tau. Der Geruch der Rosen liegt schwer in der Luft. Sie ziehen Ihre Kleider aus. Sie gleiten ins Becken.

Das Becken ist mit Millionen von Rosenblättern gefüllt. Sie gleiten auf Ihrem Rücken in das Rosenwasser, schauen zu den Sternen hinauf, schwimmen im Wasser, lassen sich treiben ...
Jetzt verlassen Sie das Wasser. Sie stehen auf. Die kühle Nachtluft berührt Ihren feuchten Körper. Sie läßt kalte Schauer Ihren Rücken herunterlaufen. Sie zittern. Es zeigt sich eine Gänsehaut. Plötzlich riechen Sie den Rauch. Sie schauen in die Richtung, aus der der Geruch kommt. Da liegt ein Waldstück, auf der anderen Seite des Schwimmbeckens. Sie gehen dorthin, in den Wald hinein. Da ist nun vor Ihnen ein loderndes Feuer von verbrennenden Blättern. Es riecht nach Herbst.
Sie legen sich in ein Bett trockener Blätter neben das Feuer. Der Geruch feuchter Erde unter Ihnen, der Geruch brennender Blätter neben Ihnen, der Sternenhimmel über Ihnen; Sie treiben ab, Sie fließen, Sie träumen ...
In dieser Mittsommernacht.

ANHANG 8

Mentales Training zu den Paarsitzungen
der Kombinationsbehandlung

4. Sitzung

Bevor wir nun mit dieser Übung beginnen, möchte ich Sie bitten, daß jeder von Ihnen, in den nächsten paar Minuten, seine bisherige sexuelle Beziehung überdenkt:

- Welchen Wunsch, einmal etwas anderes in der sexuellen Beziehung auszuprobieren, haben oder hatten Sie, ohne ihn zu verwirklichen?
- Gibt es Verhaltensweisen in Ihrer gegenwärtigen sexuellen Beziehung, die Sie sich öfter oder zeitlich ausgedehnter wünschen würden?

Nun entscheiden Sie sich für eine Frage, über die Sie mit Ihrem Partner gerne reden würden.
Betrachten Sie nun das von Ihnen ausgewählte Thema ganz genau in Ihrer Vorstellung und überlegen Sie sich dabei, mit welchen Worten Sie die Thematik Ihrem Partner mitteilen möchten.
Versuchen Sie dabei Worte und Sätze zu wählen, die Ihr Anliegen, in kurzer Form, treffend und klar beschreiben.

Nun bitte ich Sie, sich folgende Szene so lebhaft wie möglich vorzustellen:
Sie sitzen Ihrem Partner gegenüber, irgendwo bei sich zu Hause / und möchten Ihm dieses von Ihnen gerade eben ausgesuchte Anliegen mitteilen. ///
Gehen Sie nun weiter in Ihrer Vorstellung, Sie teilen Ihr Anliegen jetzt Ihrem Partner mit. / Er hört Ihnen zunächst zu. // Er nimmt dann selbst Stellung zum Thema / und greift Sie an. // Sie wollen sich noch mit ihm verständigen // aber ihr Partner hört Ihnen gar nicht mehr zu. // Sie müssen sich durchsetzen, um Ihre Meinung formulieren zu können. // Das Gespräch wird lauter. // Sie sind beide verärgert. ////
Blenden Sie nun diese Szene wieder aus // und stellen Sie sich noch einmal die Anfangssituation vor, / wo Sie mit Ihrem Partner zusammensitzen und Ihr Anliegen vorzutragen beginnen. ///
Diesmal hört Ihnen Ihr Partner sehr aufmerksam zu. / Er läßt Sie alles vorbringen, was Sie bewegt. ///
Nachdem Sie geendet haben, vergewissert sich Ihr Partner bei Ihnen, ob er Sie auch richtig verstanden hat, / indem er Ihre Hauptaussage zusammengefaßt wiedergibt.///
Sie bejahen oder korrigieren seine Rückmeldung / und vergewissern sich, daß Ihre Korrektur verstanden worden ist. ///
Nun bezieht Ihr Partner Stellung zu dem, was Sie Ihm eben mitgeteilt haben. //

Ihr Partner geht auf Ihr vorgebrachtes Anliegen sehr verständnisvoll ein / teilt Ihnen mit, wie er diesbezüglich empfindet / und lobt Sie auch dafür, daß Sie dieses Thema angeschnitten haben. ////
Er äußert auch seine Bedenken // und obwohl Sie ihm gleich entgegnen wollen, warten Sie ab, bis Ihr Partner seine Ausführungen abgeschlossen hat. // Jetzt vergewissern Sie sich kurz, ob Sie ihn richtig verstanden haben. // Erst jetzt vertreten Sie weiter in Ruhe Ihr Anliegen. ////
Ihr Gespräch ist zu Ende. / Sie sind beide mit dem Verlauf und dem Ergebnis zufrieden. // Es kommt etwas dabei heraus, wenn Sie miteinander reden und einander zuhören. ///

5. Sitzung

Als nächstes wollen wir den kontrollierten Dialog praktisch üben. Zunächst gebe ich Ihnen eine Problemstellung anhand einer kurzen Beispielsbeschreibung vor und Ihre Aufgabe ist es dann, sich in diese Szenenbeschreibung hineinzuversetzen und die Szene dann unter Verwendung des kontrollierten Dialogs nach Ihren eigenen Vorstellungen weiterzuführen.
Das Beispiel lautet wie folgt:

Gisela hält nicht viel von sexuellen Dingen. Zu Beginn ihrer Ehe gelang es ihr noch, sich ihrem Mann zu entziehen. Sie täuschte Schmerzen vor. Später gab sie vor, müde zu sein, wenn ihr Mann mit ihr Geschlechtsverkehr haben wollte. In der letzten Zeit aber geht sie schon früher zu Bett.
Gisela ist davon überzeugt, daß Sexualität ein sehr unerquickliches Thema sei, über das man nur redet, wenn es unbedingt notwendig ist. Sie wird deshalb wütend, wenn ihr Mann darauf besteht über die gemeinsam bestehenden sexuellen Probleme miteinander zu sprechen.
Wenn Sie nun diese Szene nach eigener Phantasie weiterführen, so achten Sie bitte auf die Regeln des kontrollierten Dialogs.
Nehmen Sie sich nun die Zeit, die Sie dafür brauchen. ///
Äußern Sie sich kurz und konkret. Nehmen Sie immer erst Stellung, wenn Sie geklärt haben, daß Sie Ihren Partner richtig verstanden haben. ///
Setzen Sie das Gespräch so lange fort, bis Sie beide befriedigend Gelegenheit zum Austausch Ihrer Argumente hatten. ////

10. Sitzung

Veränderungen im eingefahrenen sexuellen Alltagstrott und spielerisches Ausprobieren neuer Möglichkeiten machen sexuelles Erleben oft interessanter und lustvoller. Die Tantriker wollen sexuelle Freude und Ekstase fördern und kultivieren. Dies geschieht durch eine ganze Reihe aufeinander aufbauender Sexualrituale.

Die Anfangs-Rituale sind dabei Alleinrituale für den Mann und die Frau und dienen dazu, mit den Ritualen bekannt zu werden und sich in ihre Anwendung einzuüben.
Später kann man dann zu den Paar-Ritualen übergehen. Diese nennt man auch die "Sieben Nächte des Trantra", denn sie sollten möglichst an sieben aufeinanderfolgenden Nächten praktiziert werden.
Jedes dieser Rituale schreibt einen ganz bestimmten festgelegten Ablauf des sexuellen Tuns vor, um damit die Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit der Partner zu erweitern, sie zu lehren, wie man die sexuelle Erregung über lange Zeit aufrechterhalten und den Orgasmus weit hinausschieben kann. Auf diese Weise sind ganz neue und intensive sexuelle Erfahrungen möglich und auch der Orgasmus wird in einer ganz anderen Qualität erlebt.
Wir wollen Sie jetzt durch ein Beispiel mit den Prinzipien der Tantrarituale vertraut machen.
Das Ritual soll mindestens eine Stunde dauern, in dieser Zeit soll kein Orgasmus ausgelöst werden.

Setzen Sie sich entspannt hin, stellen Sie die Füße bequem hin, lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage.
Probieren Sie die angenehmste Haltung aus.
Bitte schließen Sie jetzt die Augen und versuchen Sie innerlich ruhig zu werden.
Konzentrieren Sie sich jetzt ganz auf Ihre Atmung. Achten Sie darauf, wie Sie ein- und ausatmen. Versuchen Sie bei jedem Ausatmen ein bißchen entspannter zu werden, indem Sie jedes Mal ein bißchen Spannung aus Ihrem Körper herausatmen. Stellen Sie sich nun bitte vor, Sie haben miteinander beschlossen, die 7 Nächte des Tantra zu erleben.
Stellen Sie sich vor, Sie sind nun bis zum 7. Tag vorgestossen und wollen jetzt das 7. und letzte Ritual dieser Reihe durchführen.
Es ist jetzt früher Abend. Draußen fängt es bereits an, dunkel zu werden, und Sie beginnen gemeinsam, Vorbereitungen für das Tantra-Ritual zu treffen. Sie sorgen dafür, daß es in Wohn-, Schlafzimmer und Bad angenehm warm ist. Im Wohnzimmer breiten Sie ein weißes Bettuch und Kissen auf dem Boden aus.
Dann stellen Sie einen Imbiß mit dem nötigen Geschirr und Wein bereit. Sie sorgen im Wohn- und Schlafzimmer für ein angenehm gedämpftes Licht, indem Sie ein rotes Tuch über die Lampen legen oder Kerzen aufstellen. Dann wählen Sie Ihre Lieblingsmusik aus.
Jetzt ist alles vorbereitet. Beginnen Sie mit dem Ritual: Setzen Sie sich einander gegenüber und lauschen Sie der angenehmen Musik im Hintergrund und stellen Sie sich innerlich auf das folgende Geschehen ein.
Sie schenken sich dann ein Glas Wein ein, stoßen miteinander an, setzen das Glas an die Lippen, nehmen einen Schluck. Sie spüren, wie der Wein in Ihren Mund rinnt, schmecken seinen herben Geschmack auf der Zunge. Sie genießen den Wein und die Musik und lassen es sich sehr gut gehen.

Beginnen Sie jetzt Ihre Partnerin sehr langsam zu entkleiden. Betrachten Sie dabei jeden Körperteil, den Sie entblößen sehr genau.
Sie beginnen zuerst mit den Schuhen. Dann kommen die Strümpfe dran und dabei lassen Sie sich viel Zeit. Dann ziehen Sie ihr Hose oder Rock aus. Danach folgt Pullover oder Hemd und wieder lassen Sie sich dabei viel Zeit. Schließlich ziehen Sie ihr nach und nach auch die Unterwäsche aus und betrachten eingehend jeden neu entblößten Körperteil. Jetzt ist Ihre Partnerin völlig nackt. Sie betrachten nochmals nach und nach jeden Zentimeter ihres Körpers, genießen dieses Anschauen und lassen sich viel Zeit dabei.
Nun beginnt Ihre Partnerin Sie auf die gleiche Weise sehr langsam zu entkleiden. Zuerst kommen wieder die Schuhe und Strümpfe dran. Dann folgt die Hose. Dann wird der Pullover oder das Hemd ausgezogen. Und jetzt kommt noch die Unterwäsche dran. Ihre Partnerin läßt sich sehr viel Zeit und betrachtet jeden neu entblößten Körperteil sehr genau.
Sie sind jetzt beide völlig nackt. Sie beide betrachten jetzt Ihre nackten Körper und Sie genießen es, so angeschaut zu werden.
Gehen Sie jetzt beide ins Bad. Spüren Sie die kühlen Badfließen unter Ihren bloßen Füßen, während Sie dampfend warmes Wasser in die Wanne laufen lassen.
Jetzt ist die Wanne gut gefüllt und Ihre Partnerin setzt sich hinein. Knien Sie an der Seite nieder, waschen Sie Ihre Partnerin. Fangen Sie bei den Schultern an, gehen Sie dann zum Rücken, dann zur Brust und zum Bauch. Waschen Sie dann ihre Genitalien, ohne sie gezielt zu stimulieren. Dann waschen Sie Beine und Füße. Nun lassen Sie Ihre Partnerin aus der Wanne steigen und trocknen sie mit einem Badetuch ab.
Jetzt sind Sie an der Reihe. Sie können jetzt, wenn Sie wollen, die Wanne neu füllen. Steigen Sie dann in die Wanne und spüren Sie, wie Sie in das warme Wasser tauchen und es Sie angenehm erwärmt. Ihre Partnerin beginnt jetzt, Sie zu waschen und Sie spüren ihre Hände über Ihren Körper reiben: Zuerst auf den Schultern, dann auf Ihrem Rücken, dann auf der Brust, dann auf dem Bauch. Sie genießen diese Berührungen. Dann wird Ihr Genital gewaschen und schließlich kommen Ihre Beine und Füße dran.
Sie steigen jetzt aus der Wanne und Ihre Partnerin trocknet Sie ab. Sie spüren das sanfte Trockenreiben auf Ihrer Haut.

Sie gehen nun beide wieder ins Wohnzimmer, setzen sich so nackt wie Sie sind ruhig hin und ruhen einige Minuten aus. Jetzt fühlen Sie sich beide zum Weitermachen bereit.
Sie setzen sich beide im Schneidersitz gegenüber auf den Boden, so daß sich Ihre Knie leicht berühren.
Sie legen jeder die Hände auf die Knie Ihres Partners. Jetzt konzentrieren Sie sich beide auf die Genitalien des anderen und betrachten sehr eingehend das Geschlecht des anderen, betrachten Farbe und Form der verschiedenen Teile, lassen sich viel Zeit dabei und genießen dieses Betrachten und Betrachtet werden.

Nun ergreift die Frau die Genitalien ihres Mannes, indem sie mit beiden Händen Penis und Hodensack umschließt und mit leichtem Druck festhält. Ihr Partner versucht jetzt, die Muskeln in seinen Leisten anzuspannen. Dabei stellt er sich bei geschlossenen Augen vor, wie sich die Blutgefäße in seinem Penis immer mehr mit Blut füllen. Sie konzentrieren sich jetzt nur darauf, ob Sie die An- und Entspannung seiner Leistenmuskeln spüren können mit Ihren Händen.
Ihr Partner spannt jetzt diese Muskeln 3 x nacheinander an und läßt sie so lange angespannt, wie es ihm möglich ist. Dann entspannt er wieder. Jedes Mal sagen Sie Ihrem Partner, ob Sie das An- und Entspannen spüren konnten oder nicht. Ihr Partner hat jetzt 3 x seine Leistenmuskeln an- und entspannt.
Sie lassen jetzt die Genitalien Ihres Mannes wieder los und legen Ihre Hände wieder auf die Knie Ihres Partners.
Ruhen Sie sich jetzt ein wenig aus.

Jetzt nimmt Ihr Partner seine rechte Hand von Ihrem Knie und beginnt mit dem Daumen und Zeigefinger Ihre großen Schamlippen zu öffnen. Dann führt er vorsichtig den rechten Zeigefinger in Ihre Vagina ein und Sie können genau spüren, wie der Finger immer tiefer eingeschoben wird. Sonst spüren Sie keinerlei Berührung an Ihrem Genital. Der Zeigefinger Ihres Partners liegt jetzt ganz ruhig und bewegungslos in Ihrer Scheide.
Sie spannen jetzt Ihre Vaginamuskeln fest an und stellen sich vor, wie Ihre Vagina dabei von innen aussieht. Sie halten diese Anspannung so lange Sie können und entspannen die Muskeln dann wieder.
Dies wiederholen Sie noch 2 x.
Ihr Partner konzentriert sich darauf, ob er dieses An-und Entspannen der Vagina spüren kann und sagt Ihnen, was er spürt. Nun fühlen Sie, wie Ihr Partner seinen Finger aus der Vagina herauszieht und seine Hand wieder sanft auf Ihr Knie legt.
Jetzt ruhen Sie sich beide ein paar Minuten aus.

Nehmen Sie jetzt ein bißchen von dem bereitgestellten Imbiß zu sich und genießen Sie den frischen Geschmack des Essens.
Nun gehen Sie beide miteinander ins Schlafzimmer.
Dort ist es mollig warm und das Licht ist angenehm gedämpft.
Nun legt sich Ihre Partnerin aufs Bett, winkelt die Beine in den Knien an und spreizt dann ihre Beine seitlich auseinander. Sie setzen sich neben Ihre Partnerin.
Beginnen Sie jetzt damit, mit Ihren Fingern über die Lippen Ihrer Partnerin zu streicheln. Sie fühlen die weiche, warme Haut während Sie die sanften Kurven ihres Mundes nachfahren.
Ihre Partnerin sagt Ihnen jetzt, wie sie diese Berührung empfindet.
Dann küssen Sie die Lippen Ihrer Partnerin und lassen sich mitteilen, wie sie es empfindet.
Nun berühren und massieren Sie ihre Brüste auf ganz verschiedene Arten.
Rollen Sie die Brustwarzen zwischen Daumen und Zeigefinger und küssen Sie sie. Ihre Partnerin konzentriert sich nur

auf diese verschiedenen Zärtlichkeiten und sagt Ihnen, was sie dabei fühlt.
Sie streichen mit den Fingerspitzen über den Bauch Ihrer Partnerin. Dann lassen Sie die Finger hinunter zur Vagina gleiten. Sie öffnen die Schamlippen und drücken mit dem Finger sanft auf die Klitoris. Ihre Partnerin sagt Ihnen, was sie empfindet.
Nun lassen Sie die Fingerspitzen zum Damm, dem Bereich zwischen Vagina und After gleiten und üben dort einen leichten Druck aus. Wieder beschreibt Ihre Partnerin Ihre Empfindungen.
Nun gleiten die Fingerspitzen zum Anus weiter und drücken auf die Aftermuskeln. Ihre Partnerin gibt Rückmeldung über ihr Empfinden.
Falls nun Ihre Partnerin sehr erregt sein sollte und Ihnen ein verabredetes STOP-Zeichen gibt, z.B. indem sie Ihren rechten Oberarm drückt, stellen Sie sofort alle Berührungen ein und warten, bis sich die Erregung Ihrer Partnerin deutlich gelegt hat.
In der Zwischenzeit ruhen Sie sich beide etwas aus und der erregte Partner versucht, durch bewußt langsames Atmen die Erregung zu kontrollieren und zu dämpfen.
Wann immer einer von Ihnen stark erregt ist, geben Sie das STOP-Zeichen und machen eine Pause. Erst wenn sich die Erregung gelegt hat, fahren Sie mit dem Ritual fort. Auf diese Weise können Sie das Ritual unterbrechen, so oft es nötig ist und damit einen vorzeitigen Orgasmus, d.h. einen Orgasmus vor Ablauf des Rituals verhindern.
Ihre Partnerin gibt Ihnen nun ein Zeichen, daß Sie zum Weitermachen bereit ist. Sie lassen nun Ihre Hand wieder zum Genital Ihrer Partnerin gleiten und beginnen dort sanft mit einer gezielten Stimulation.
Zuerst streicheln Sie die äußeren Schamlippen. Probieren Sie dabei nach und nach verschiedene Arten der Stimulation aus: Mal sanft, mal fest, mal reiben, mal drücken oder zupfen, mal geschieht die Berührung mit den Fingerspitzen, mal mit dem ganzen Finger, mal mit der ganzen Hand. Auch Tempo und Rhythmus der Stimulation können variieren.
Die Frau beschreibt nach jeder neuen Stimulationsart Ihre Empfindungen. Sie spüren, wie Ihr Partner Ihre inneren Schamlippen zu streicheln beginnt; er probiert die verschiedensten Streichelarten aus und Sie sagen ihm, wie Sie es empfinden. Auf die gleiche Weise verfahren Sie mit der Klitoris.
Und jetzt machen Sie es mit dem Rand der Vagina genauso.
Falls Sie jetzt sehr erregt sind, geben Sie Ihrem Partner das STOP-Zeichen und unterbrechen Sie das Ritual. Durch bewußt langsames Atmen dämpfen Sie Ihre Erregung etwas.
Sie sind nun zum Weitermachen bereit und geben Ihrem Partner das Zeichen zum Weitermachen.
Nun fühlen Sie, wie Ihr Partner Ihre Genitalien mit Lippen und Zunge liebkost. Sie können dabei deutlich die angenehme Hitze seines Mundes an Ihrem Genital spüren.
Zuerst spüren Sie, wie er Ihre äußeren Schamlippen mit dem Mund liebkost. Dabei versucht er wieder auf ganz

verschiedene Arten zu stimulieren. Sie sagen ihm wie Sie es empfinden. Jetzt geht Ihr Partner zu den inneren Schamlippen über. Es folgt jetzt die Klitoris und der Vaginaeingang, die ebenfalls mit Mund und Zunge stimuliert werden. Sie konzentrieren sich auf jede einzelne Berührung und beschreiben Ihrem Partner Ihre Gefühle, sagen ihm, was Sie mehr oder weniger erregt, was angenehmer und was unangenehmer ist.

Nun wechseln Sie die Rollen. Jetzt legt sich Ihr Partner mit angewinkelten und seitlich auseinander gespreitzten Beinen aufs Bett und Sie setzen sich neben ihn.
Beginnen Sie jetzt zuerst mit den Fingern über seine Lippen zu streicheln und hören Sie dann, wie Ihr Partner diese Berührung empfindet.
Dann küssen Sie seine Lippen und warten wieder auf die Beschreibung seiner Empfindungen.
Streicheln Sie jetzt seinen Bauch und gehen Sie dann zum Penis. Sie umfassen den Penisansatz und drücken ihn.
Ihr Partner sagt Ihnen, was er fühlt.
Dann streichen Sie mit Ihren Fingern und dem gleichen leichten Druck den Penisschaft entlang, bis Sie zur Eichel kommen.
Dort verharren Sie. Ihr Partner beschreibt Ihnen seine Empfindungen. Sie drücken die Eichel.
Jetzt legen Sie Ihre Hände an beide Seiten der Genitalien.
Dann lassen Sie Ihren Finger an der Penisunterseite abwärts bis zu seiner Wurzel im Hodensack gleiten.
Jetzt lassen Sie die Finger zum Bereich zwischen Hoden und After gleiten und drücken dort auf den Damm.
Dann lassen Sie die Finger zu den Aftermuskeln gleiten und drücken dort sanft. Und immer wieder sagt Ihnen Ihr Partner, was er dabei fühlt.
Wenn Ihr Partner sehr erregt ist und Ihnen das verabredete STOP-Zeichen gibt, unterbrechen Sie sofort das Ritual und warten bis die Erregung etwas abgeklungen ist.

Wenn Ihr Partner nun das Zeichen zum Weitermachen gibt, wenden Sie sich wieder den Genitalien Ihres Partners zu: umfassen Sie mit dem rechten Zeigefinger und Daumen den Penisansatz am Bauch und umschließen Sie mit der linken Hand die Hoden. Ihr Partner beschreibt Ihnen wieder seine Empfindungen dabei.
Beginnen Sie jetzt, die Genitalien Ihres Partners mit dem Mund zu stimulieren. Sie probieren dabei möglichst viele verschiedene Stimulationsarten aus: variieren Druck, Tempo und Rhythmus. Ihr Partner beschreibt dabei, was jede Ihrer Bewegungen bei ihm auslösen.
Machen Sie jetzt eine kleine Pause: Setzen Sie sich einander gegenüber und ruhen Sie sich einige Minuten aus.
Jetzt legt sich Ihr Partner wieder aufs Bett. Sie ergreifen den Penis mit Zeigefinger und Daumen und fahren mit Druck von der Penisbasis bis zur Eichel und über die Eichel hinaus und lassen den Penis dann los.
Dies wiederholen Sie so lange, bis der Penis steif ist.

Jetzt begeben Sie sich mit gespreizten Beinen in eine kniende Haltung über den Unterleib Ihres Partners, seinem Kopf zugewandt und mit aufgerichtetem Oberkörper und führen dann den steilen Penis in Ihre Vagina ein. Sie senken Ihren Leib, bis der Penis sich möglichst tief in Ihrer Vagina befindet. Sie spüren, wie Sie mit Ihrer Vagina den Penis ganz umfassen. Bleiben Sie jetzt ganz ruhig und bewegungslos.
Ihr Partner spannt jetzt seine Muskeln im Penis, den Leisten und dem Unterleib an und stellt sich dabei vor, wie sich die Blutgefäße seines Penis mit Blut füllen.
Er versucht die Muskelanspannung möglichst lange aufrecht zu erhalten. Sie konzentrieren sich auf Ihre Vagina und sagen Ihrem Partner, ob Sie die Anspannung und die Entspannung gespürt haben.
Dann wiederholt Ihr Partner das Ganze noch 2 x.
Dann ruhen Sie beide ein wenig aus.

Jetzt spannen Sie Ihre vaginalen Muskeln möglichst lange und fest an und stellen sich dabei das Innere Ihrer Vagina vor. Ihr Partner sagt Ihnen, ob er die Anspannung und die Entspannung der Vaginamuskeln spürt. Auch Sie wiederholen das Ganze 2 x.
Danach ruhen Sie sich wieder kurz aus.

Jetzt beginnen Sie Ihre Hüften so zu bewegen, daß es Ihnen und Ihrem Partner Lust bereitet.
Sie beide tun jetzt in dieser Stellung alles mögliche, um sich gegenseitig Lust zu bereiten. Durch wiederholte Ruhepausen und bewußt langsames Atmen verhindern Sie, daß Ihre Erregung im plötzlichen, ungewollten Orgasmus verpufft.
Sie lassen die Erregung allmählich in sich ansteigen.
Jetzt ist der Punkt gekommen, wo Sie kurz vor dem Orgasmus stehen. Sie geben Ihrem Partner sofort das STOP-Zeichen und brechen alle Aktivitäten ab und warten, bis die Erregung abgesunken ist.
Nach einer Pause machen Sie weiter und lassen Ihre Erregung wieder ansteigen. Sobald Sie wieder kurz vor dem Orgasmus stehen, unterbrechen Sie wieder jede Stimulation.
Dieses Spiel mit der Erregung können Sie so lange fortsetzen, wie Sie wollen.
Sobald jeder Partner auf diese Weise ein Mal seine Erregung unter Kontrolle gebracht und einen Orgasmus verhindert hat, können Sie das Spiel mit der Erregung fortsetzen oder es auch beenden, ganz wie Sie wollen.
Wenn Sie beide lange genug die sexuelle Erregung genossen haben, lassen Sie den Penis aus der Vagina herausgleiten und legen sich nebeneinander.
Ruhen Sie sich ein wenig aus.
Seit Ritualbeginn sind jetzt mehr als eine Stunde vergangen, d. h. nach tantrischen Gesetzen dürfen Sie jetzt das Spiel der Lust weitertreiben, so wie Sie es gern möchten und einen sexuellen Höhepunkt anstreben.
Nehmen Sie sich für diese Vorstellung noch etwas Zeit .... bevor Sie sich allmählich von diesem Vorstellungsbild trennen und wieder hier in diesen Raum zurückkehren.

ANHANG 9

========

Materialien zu den Paarsitzungen
der Kombinationsbehandlung

1. Sitzung

Vielleicht verschanzen Sie sich hinter der Meinung: Echte Liebe braucht keine Worte! Liebende können sich auch mit Blicken verständigen.
Das ist ein Irrtum. Es ist nicht möglich, daß Sie Ihren Partner hypnotisieren wie die Schlange das Kaninchen. Es funktioniert eben nicht, wenn er über Telepathie erfahren muß, was Ihrem Körper guttut und was nicht. Auch werden Sie sich beim Liebesakt nie wirklich gehenlassen können, wenn Ihre Gefühle nicht - im wahrsten Sinne des Wortes - zu Wort kommen dürfen.

- o Wenn Sie sagen können: "Das tut gut, wie du meine Brustwarzen küßt", steigern Sie Ihre eigene Erregung und die Ihres Partners.
- o Wenn Sie sagen können: "Laß jetzt dein Ding ganz ruhig in mir!" oder: "Greif meinen Kitzler an", ist Ihr Partner nicht auf vage Vermutungen angewiesen. Sie machen es ihm möglich, Ihnen sexuelle Erfüllung zu schenken - dafür wird er Ihnen dankbar sein.
- o Wenn Sie schweigen und hoffen, daß Ihr Partner fühlt, was Sie sich im Augenblick wünschen, blockieren Sie mit Ihren inständigen Gedanken an das, was geschehen sollte, selbst den Lustaufbau.

Also reden Sie! Sagen Sie, was Sie fühlen und was Sie sich wünschen. Sie werden sehen: erotisch aufreizende Worte sind wie ein Pingpongspiel. Der Ball kommt augenblicklich zurück - entweder in Form anderer Worte oder in Form von Liebkosungen, Seufzern und Stöhnen. In dieser entspannten, gelösten Atmosphäre werden alle Verkrampfungen und Blockaden gelöst. Alles fließt - Ihr Gespräch, Ihre Gefühle, Ihre sexuellen Energien, Ihre Lust.
Damit Sie auf der Suche nach stimulierend wirkenden Bezeichnungen für die schönste Sache der Welt nicht in Verlegenheit kommen, habe ich Ihnen aus Professor Ernst Bornemans Synonymlexion 'Sex im Volksmund' (24) eine Liste von Ausdrücken zusammengestellt, von denen die meisten schon Goethe geläufig waren.

Penis
Ast, Balken, Bolzen, Bohrer, Bumser, der große Hammer, Hobel, Horn, Kolben, Latte, Nudel, Pfeife, Pimmel, Pint, Rammler, Rübe, Rohr, Rute, Schwanz, Schweif, Schweifel, Spatz, Stange, Stempel, Stengel, Zapfen.
Vagina
Bibsi, Büchse, die Kleine, Feige, Fotze, Fut, Fummel, Gletsche, Katze, Loch, Maus, Möse, Muschel, Muschi, Pumperl, Pussy, Ritze, Scheide, Schlitz, Schnecke.

Klitoris
Begeisterungsknöpfchen, Kitzler, der Kleine, Knöpfchen, Lustzapfen, kitzliger Punkt, Putzi.
Hoden
Eier, Kugeln, Liebesäpfel.
Masturbieren
Abbürsten, abfingern, befingern, fummeln, hobeln, kitzeln, kraulen, massieren, reiben, runterholen, spielen, wichsen, zupfen.
Koitieren
Abgeilen, anpempern, antauchen, bimmeln, bimsen, bumsen, fiedeln, ficken, geigen, hämmern, hobeln, machen, meischeln, pempern, orgeln, polieren, rammeln, reiten, rumpeln, schieben, schustern, spatzeln, stöpseln, tauchen, vögeln, wedeln, wetzen.
Lust haben
Brunstig sein, fickrig, geil, heiß, rammlert, scharf, schräg, spitz, verrückt auf ...
Oralverkehr haben (cunnilingere)
Es jemandem machen, französisch verkehren, parisern, Minette machen, züngeln, lecken, auslecken, schlecken, knabbern, die Feige (Pflaume, Zwetschke) auslutschen, vom Liebesquell schöpfen, am Quell trinken, zuzzeln.

Lassen Sie sich von diesem Vokabular nicht schockieren! Nachdem Sie die "heiße Liste" überflogen haben, nehmen Sie sich Begriff für Begriff vor. Lesen Sie sich die Synonyme für einen Ausdruck langsam durch. Streichen Sie aus, was Ihnen "unmöglich" erscheint. Lesen Sie dann laut, was Ihnen annehmbar erscheint. Machen Sie das Buch zu. Welches Wort fällt Ihnen spontan ein? Vielleicht ist gerade der Kraftausdruck, der Sie zuerst am heftigsten abgestoßen hat, zugleich aber derjenige, der Ihnen doch am meisten "gibt". Wiederholen Sie die Vokabeln leise, laut und schreiend. Wiederholen Sie sie so lange, bis Sie Ihnen selbstverständlich über die Lippen kommen.
Sprechen Sie mit Ihrem Partner über die einzelnen Ausdrücke. Fragen Sie ihn offen: "Gefällt dir dieses Wort? Fühlst du dich davon angesprochen?"
Natürlich eignet sich dieses Thema nicht als Konversationsstoff für den Frühstückstisch. Am leichtesten wird das Eis gebrochen, wenn Sie die "Redeübungen" im Bett machen.
(Auszug aus G. Senger, 1983, 126-128).

2. Sitzung

Die sexuelle Reaktion bei Mann und Frau

Die Geschlechtsorgane von Mann und Frau und ihre Körperreaktionen bei sexuellen Aktivitäten haben die gleichen biologischen Grundlagen und sind - bis auf die äußere Erscheinung - nahezu identisch.
Den Ablauf der sexuellen Reaktion kann man grob in vier Phasen unterteilen, wobei an den Körperreaktionen nicht nur die Geschlechtsorgane sondern der ganze Körper beteiligt ist.

MANN	FRAU
1. Erregungsphase	
Das auffälligste körperliche Anzeichen ist das Steifwerden (Erektion) des Gliedes (Penis) Außerdem ziehen sich die Hoden nach oben, die Brustwarzen werden hart und eine Hautrötung kann auftreten.	Auffälligstes Anzeichen ist das Feuchtwerden (Lubrikation) der Scheide (Vagina). Der Kitzler (Klitoris) wird größer und die Brustwarzen werden hart.
Die Muskeln des ganzen Körpers sind leicht angespannt und das Herz schlägt etwas schneller.	Die Muskeln des ganzen Körpers spannen sich leicht an, das Herz schlägt schneller und eine Hautrötung kann auftreten.
2. Plateauphase	
Einige Tropfen wässriger Flüssigkeit können aus dem Penis austreten. Diese Flüssigkeit kann schon Samenzellen enthalten und zur Zeugung führen!	Die Scheidenwand wird stärker durchblutet und der Scheidenausgang verengt sich etwas. Die Klitoris zieht sich unter eine Vorhaut zurück und die Brust wird ein bißchen größer.
Die Atmung wird etwas schneller, Der Mann spürt, ob der Samenerguß (Ejakulation) und der Orgasmus bald bevorstehen oder nicht.	Die Atmung wird schneller.
3. Orgasmusphase	
Die Muskeln an den Geschlechtsorganen und am ganzen Körper ziehen sich mehrmals zusammen. Die Atmung und der Herzschlag werden noch schneller. Es kommt zur Ejakulation, wobei die Samenflüssigkeit durch die Harnröhre im Penis nach außen tritt.	Mehrmaliges Zusammenziehen der Muskeln am Scheideneingang (orgastische Manschette). Atmung, Herzschlag und die Anspannung der ganzen Körpermuskulatur nehmer weiter zu, um auf dem Höhepunkt der sexuellen Erregung plötzlich nachzulassen. Eine geringe Menge Flüssigkeit kann aus der Harnröhrenöffnung austreten.
4. Rückbildungsphase	
Der gesamte Körper begibt sich in den nichterregten Zustand zurück. Die Phase, in der der Mann nicht erneut sexuell erregt werden kann, dauert unterschiedlich lang.	Der Körper geht langsam in den nichterregten Zustand zurück. Bei weiterer sexueller Erregung kann es zu einem erneuten Orgasmus kommen.

3. Sitzung

Orange schälen - ein kleines Erlebnis?!
(nach Gunther, 1974)

Nehmen Sie eine Orange und legen Sie sie auf eine Handfläche. Nehmen Sie ihre Form wahr, ihre Farbe und die Struktur der Schale.
Achten Sie auf den Duft der Orange.
Schließen Sie nun die Augen und bewegen Sie die Orange zwischen Ihren Handflächen - spielen Sie ein bißchen mit ihr.
Rollen Sie nun die Orange über Ihre Wangen, Ihre Stirn, Ihr ganzes Gesicht. Achten Sie bei geschlossenen Augen auf die Temperatur der Orange und wie sich das auf dem Gesicht anfühlt.
Öffnen Sie nun wieder die Augen und betrachten Sie erneut diese Orange. Ritzen Sie die Schale der Orange ein und beginnen Sie, sie zu schälen. Achten Sie darauf, wie es aus der Schale spritzt.
Wie fühlt sich das an, wenn die Schale bricht, welcher Ton entsteht dann? Sehen Sie zu, wie die Schale Stück für Stück von Ihnen abgelöst wird - nehmen Sie sich Zeit.
Schenken Sie auch der Innenseite der Schale einen Blick und eine Berührung. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit ganz auf die geschälte Frucht.
Versuchen Sie, die Frucht ganz langsam in zwei gleichgroße Hälften zu teilen. Nehmen Sie den ersten Schnitz in den Mund, zerkleinern Sie ihn nur etwas mit den Zähnen und lassen Sie das Fruchtfleisch auf der Zunge zergehen.
Essen Sie die Orange ganz bewußt weiter, Schnitz für Schnitz.

4. Sitzung

Mögliche Gründe für Nichtausführung von Aufgaben
(ohne Autor, ohne Jahr)

Das Folgende ist eine Liste von Gründen, die von verschiedenen Patienten angeführt wurde, weshalb sie ihre die Therapie begleitenden Aufgaben nicht ausführten. Da das Tempo der Fortschritte in erster Linie von der Menge der erledigten Aufgaben abhängt, zu denen Sie bereit sind, ist es äußerst wichtig, die Gründe herauszufinden, die Sie bewegen könnten, diese Arbeit nicht zu tun.

Tragen Sie nach jeder Aussage ein "R" (Richtig) oder "F" (Falsch) ein. "R" bedeutet, daß Sie der Aussage zustimmen, "F" bedeutet, die Aussage trifft zu diesem Zeitpunkt nicht zu.

1. Anscheinend kann mir nichts helfen, deshalb ist es sinnlos, den Versuch zu machen.

2. Ich kann wirklich nicht verstehen, welchen Sinn das haben soll, was mir der Therapeut aufgetragen hat.

3. Ich glaube, daß die spezielle Methode, die der Therapeut vorgeschlagen hat, mir nicht helfen wird.

4. Sie leuchtet mir im Grunde nicht ein.

5. Ich schiebe immer alles auf, deshalb kann ich das nicht machen. Schließlich mache ich es überhaupt nicht.

6. Ich bin bereit, Aufgaben zu machen, aber ich vergesse es ständig.

7. Ich habe nicht genug Zeit. Ich bin zu beschäftigt.

8. Wenn ich etwas tue, was der Therapeut vorschlägt, ist es nicht so gut, wie wenn ich meinen eigenen Ideen folge.

9. Ich fühle mich hilflos, und ich glaube im Grunde nicht, daß ich alles tun kann wozu ich mich entschließe.

10. Ich habe das Gefühl, daß der Therapeut versucht, mich herumzukommandieren bzw. zu beherrschen.

11. Ich habe keine Lust, mit dem Therapeuten zusammenzuarbeiten.

12. Ich fürchte, daß der Therapeut meine Arbeit kritisieren oder mißbilligen wird. Ich glaube, daß das, was ich mache, einfach nicht gut genug für ihn sein wird.

13. Ich habe nicht den Wunsch oder die Motivation, therapeutische Aufgaben oder sonst etwas zu tun. Da ich keine Lust habe, diese Aufgaben zu machen, heißt das, daß ich sie nicht machen kann und daß man mich nicht dazu zwingen sollte.

14. Ich fühle mich zu schlecht, traurig, nervös, aufgeregt (unterstreichen Sie das zutreffende Wort), um es jetzt zu tun.

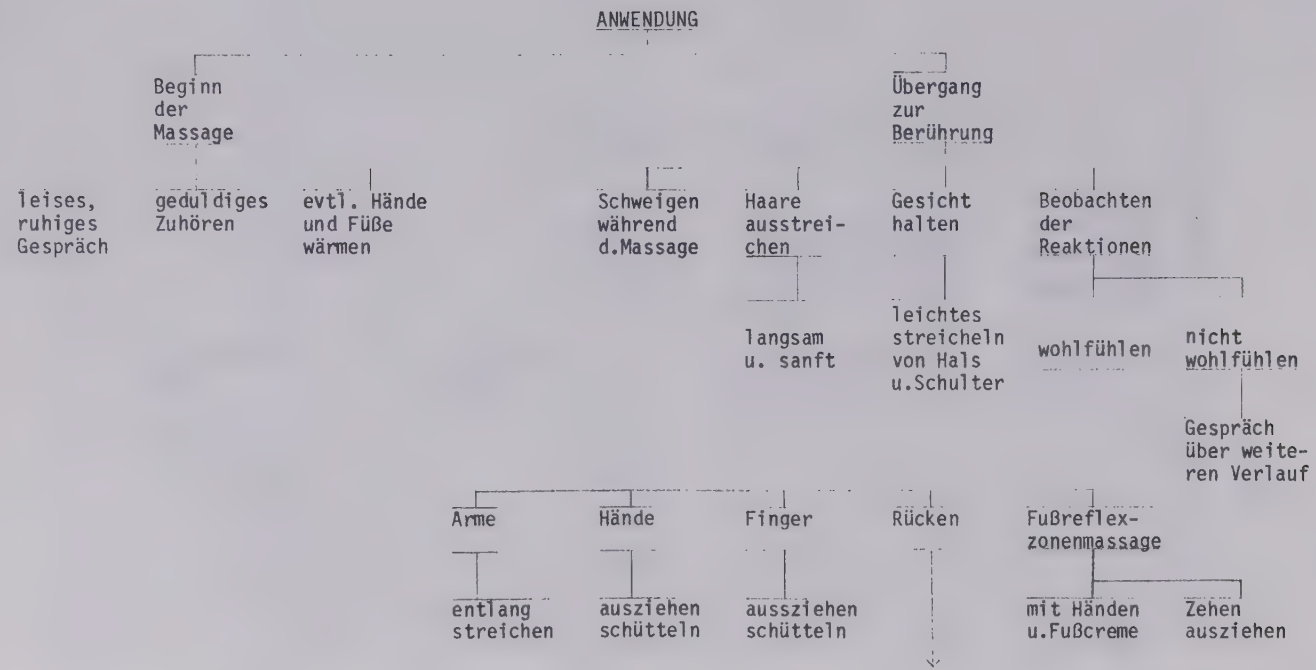
15. Ich fühle mich jetzt gut und möchte das nicht durch die Arbeit an einer Aufgabe verderben.

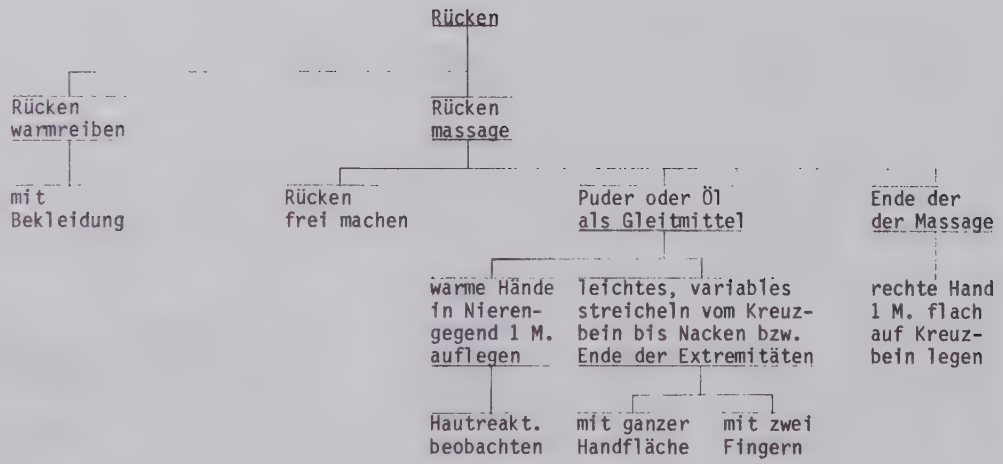
16. Andere Gründe (bitte anführen)

Eine kleine Übung zum sinnlichen Erleben
(nach Gunther, 1974)

Zentral für eine befriedigende Sexualität ist die sinnliche Erlebnisfähigkeit. Sinnliches Erleben bezieht sich jedoch nicht nur auf Sexualität, sondern beginnt damit, bei kleinen Sinnesempfindungen Genuß zu erleben.

Wo sinnliches Erleben anfangen kann, soll eine kleine Übung demonstrieren. Stützen Sie den rechten Ellenbogen auf und halten Sie die Hand leicht und locker geöffnet. Versuchen Sie die Luft, die Ihre Finger umgibt, zu spüren; die Luft zwischen den Fingern, vielleicht angenehm kühl, die Fingerkuppen. Nehmen Sie sich Zeit, um ein Gefühl für diese Luft zu bekommen.
Pressen Sie nun einen Teil dieser Luft zusammen, indem Sie mit dem Daumen die Kuppen von Zeige- und Mittelfinger berühren. Achten Sie auf die Energie, die durch das sanfte Zusammenpressen der Luft in den Fingerkuppen vielleicht spürbar wird.
Zerreiben Sie nun ganz sanft die Luft zwischen den Kuppen von Daumen, Zeige- und Mittelfinger und achten Sie dabei genau auf Ihre Empfindungen. Wiederholen Sie dies mit der linken Hand.
Stehen Sie dann auf und stellen Sie sich Ihrem Partner gegenüber. Halten Sie die Hände vor sich auf Schulterhöhe mit leicht und locker geöffneten Fingern. Stellen Sie nun Kontakt mit Ihrem Partner her, indem Sie sich mit den Fingerkuppen der sich entsprechenden Finger berühren - einen Finger nach dem anderen. Üben Sie, wenn alle zehn Finger sich berühren, einen behutsamen Druck aus und nehmen Sie sich Zeit für die Empfindungen in den Fingerkuppen.


ANWENDUNG
Beginn der Massage
leises, ruhiges Gespräch
geduldiges Zuhören
evtl. Hände und Füße wärmen
Schweigen während d.Massage
Haare ausstreichen
langsam u. sanft
Übergang zur Berührung
Gesicht halten
leichtes streicheln von Hals u.Schulter
Beobachten der Reaktionen
wohlfühlen
nicht wohlfühlen
Gespräch über weiteren Verlauf
Arme
entlang streichen
Hände
ausziehen schütteln
Finger
ausziehen schütteln
Rücken
Fußreflexzonenmassage
mit Händen u.Fußcreme
Zehen ausziehen


Rücken
Rücken warmreiben
Rücken massage
mit Bekleidung
Rücken frei machen
Puder oder Öl als Gleitmittel
Ende der der Massage
warme Hände in Nierengegend 1 M. auflegen
leichtes, variables streicheln vom Kreuzbein bis Nacken bzw. Ende der Extremitäten
rechte Hand 1 M. flach auf Kreuzbein legen
Hautreakt. beobachten
mit ganzer Handfläche
mit zwei Fingern

10. Sitzung

Tantra

Die tantrische Lehre entstammt hinduistischer Tradition (Höhepunkt in Indien im 11./12. Jh.). Obwohl sie gleiche Ziele anstrebt wie der traditionelle Hinduismus (innere Einheit, Erkenntnis des Absoluten, Nirvana), hat sie fast gegensätzliche Vorstellungen darüber, wie diese Ziele erreicht werden können. Statt durch Askese, Trennung von Körper und Geist und Zölibat glauben die Tantriker, daß nur über die Natur der Weg zu Gott gefunden werden kann. Deshalb sollen Freude und Ekstase nicht unterdrückt, sondern im Gegenteil kultiviert werden.
Tantra will eine praktische, nicht metaphysische Lehre sein. Die Schriften sind meist Dialoge zwischen dem Gott Shiva und seiner Gefährtin Shakti. Shiva steht für das Wissen, den Geist, das reine Bewußtsein (männliches Prinzip), Shakti für die Energie und das Leben (weibliches Prinzip). Shakti stellt somit ein Bindeglied zwischen dem reinen Bewußtsein und der Unbewußtheit der Materie dar. Diese Polarität zwischen Geist und Leben, die jeder Mensch in sich trägt, ging aus einer Einheit hervor. Das Ziel der Tantriker ist es, diese Einheit wiederherzustellen. Durch tantrische Praktiken sollen Körper und Geist verändert und aufeinander zu bewegt werden. Die Mechanismen des Ego sollen erkannt und unterbunden werden.
Sexualität ist eine Möglichkeit, das tantrische Bewußtsein zu erlangen. Da der Orgasmus jedoch eine vollständige und unnötige Energieabfuhr bedeutet, ist er nicht das eigentliche Ziel der tantrischen Sexualität. Die sexuelle Erregung soll begleitet sein von Distanz, Leidenschaftslosigkeit und einem klaren Bewußtsein (aber nicht durch den Verstand!). Um diese Bewußtseinsebene zu erreichen, ist es nötig, die physiologischen Funktionen zu kontrollieren, um von ihnen nicht überrollt zu werden. Der Weg dazu ist erstens eine Beherrschung des Atems (nicht chaotisch und schnell, sondern langsam und tief), zweitens die mentale Kontrolle, indem man sich von dualisierenden Gedanken abwendet und sich auf Mantras und Visualisationen konzentriert (rezeptiv, nicht aktiv) und drittens eine emotionale Kontrolle durch Depersonalisation, Unabhängigkeit vom Anderen.
Tantra ist also die Kunst, das Verlangen erst zu entfachen und dann hinzuhalten, wobei am Punkt der größten physiologischen Energie durch klares Bewußtsein die Energie auf eine subtilere Ebene verlagert wird, was zu blitzartigen Visionen der Vereinigung führt.

Tantra-Übung:
Die Welle (Der Lustkreis)

Mit dieser Übung wird versucht, ein Gefühl allgemeiner Schwingungen im ganzen Körper zu erzeugen.

Phase 1: Entspannung
Legen Sie sich auf den Rücken; jeder Teil des Körpers ist gut mit dem Boden in Berührung, eingeschlossen Fußknöchel, Lendenregion und Hals. Atmen Sie langsam, tief und ohne Mühe und spüren Sie dabei, wie Ihr Atem jeden Teil Ihres Körpers entspannt.
Wenn Sie Spannungspunkte spüren, dann führen Sie die Atmung diesen Zonen zu, indem Sie innerlich wiederholen: "Mein ... entspannt und lockert sich; er wird schwer und sinkt in den Fußboden."
Setze Sie das fort, indem Sie auf die Bewegung des Atems im ganzen Körper achten, wodurch Sie vermeiden, Ihren Gedanken Wichtigkeit beizumessen. Halten Sie die Augen geschlossen.
Bald wird der Körper völlig entspannt sein, und Sie werden das Gefühl haben, zu treiben. Es hilft auch, sich vorzustellen, daß man in der Sonne auf dem Meer treibt.
Lasen Sie sich gehen.
Stellen Sie sich dann ein weißes Licht vor, das Ihren Körper erfüllt, von Ihnen ausstrahlt und Sie reinigt.

Phase 2: Die Welle (Übung des Kreises der Lust)
Ausgestreckt auf dem Rücken, die Hände längs am Körper, atmen Sie mit offenem Mund. Machen Sie beim Einatmen ganz leicht das Kreuz hohl, um Becken und Geschlecht mehr an den Boden zu drücken. Indem Sie das tun, ziehen Sie die vaginalen Muskeln bzw. Penismuskeln und Anus zusammen, mit dem Gefühl, die Energie in Ihr Inneres zu saugen und sie die Wirbelsäule hochzuführen bis zur Mitte des Kopfes (Ende der Einatmung).
Beim Ausatmen wird das Becken wieder nach vorn geschoben, das Kreuz rundet sich, und das Geschlecht entspannt und öffnet sich wie eine Blume. Jetzt haben Sie den Eindruck, sich zu öffnen und die sexuelle Energie von Ihnen wegzugeben.
Diese Übung läßt sich auch im Stehen oder im Lotussitz machen. Setzen Sie sie ohne Zwang fort, indem Sie in Ihrem Inneren eine Welle erzeugen.
Wenn Atmung, Beckenbewegung, Kontraktionen und Entspannung der Genitalien gut koordiniert sind und mühelos ablaufen, fühlt man sich zu einer Welle werden.
Setzen Sie diese Übung etwa fünf bis fünfzehn Minuten fort.

(Auszug aus A. Margo, 1983)

ANHANG 10

Mentales Training zu Fall III

8. Sitzung
(Einzelsitzung des Partners einer Patientin)

Konzentrieren Sie sich jetzt nur noch auf Ihren Atem.
Achten Sie darauf, wie Sie innerlich ein- und ausatmen.
Ein, aus, ein, aus, ein, aus.
Mit jedem Ausatmen atmen Sie ein Stück Spannung aus Ihrem Körper heraus. Jedes Ausatmen läßt den Körper immer noch ein wenig mehr entspannt werden.
Mit jedem Ausatmen fallen Sie tiefer und tiefer in die Entspannung, tiefer, tiefer, immer noch tiefer.
Sie können Ihre Atmung immer langsamer werden lassen, immer noch langsamer.
Wenn Sie wollen, können Sie sogar so langsam und unmerklich atmen, daß Sie, wenn Sie einatmen, nicht mehr die gewohnte Empfindung von Frische in der Nase verspüren und, wenn Sie ausatmen, keine Hitze mehr. Sie fühlen den Atem nicht mehr strömen.
Wenn Sie wollen, können Sie mit der Zungenspitze den Gaumen leicht berühren, gleich hinter den Vorderzähnen. Damit stellen Sie eine energetische Verbindung zwischen oben und unten her.
Wenn Sie wollen, können Sie jetzt Ihre Aufmerksamkeit durch Ihren Körper wandern lassen.
Konzentrieren Sie sich nun auf Ihren Genitalbereich und stellen Sie sich dort eine dunkelblaue, nächtliche Farbe vor.
Und während Sie jetzt langsam einatmen, stellen Sie sich vor, wie eine Lichtsäule vom Damm aus die Wirbelsäule entlang hochsteigt, hinauf in den Nacken bis in den Kopf und dort eine Kurve macht.
Sie können jetzt, während Sie bei vollen Lungen die Luft kurz anhalten, die Wärme und das Licht hinter Ihren Augen vorbeiströmen sehen.
Während Sie jetzt langsam wieder ausatmen, stellen Sie sich vor, wie der Lichtstrahl über Gaumen, Zunge zur Kehle hinuntersteigt. Die Lichtsäule senkt sich weiter bis zur Brust, dann zum Nabel und fällt dann ohne Mühe hinunter zum Damm.
Der Atemzyklus ist zu Ende, der Energiekreislauf ist geschlossen und kann jetzt von neuem beginnen.
Bei jedem Einatmen können Sie die Lichtsäule vom Damm hinauf in den Kopf steigen und beim Ausatmen vom Kopf zum Damm zurücksinken lassen. Und so wie Sie den Atem runder und fließender werden lassen können, können Sie auch die Energie langsam, sanft und wärmend durch Ihren Körper kreisen lassen.

Und Sie können das endlos tun. Alles andere wird unwichtig.
Sie brauchen gar nichts anderes zu tun, können sich ganz in diesem Energiekreis treiben lassen.
Beginnen Sie sich jetzt allmählich von der Atemmeditation zu lösen.
Beschäftigen Sie sich jetzt mit Ihrer Sexualität, und mit der Schwierigkeit, die Ejakulation zu steuern.
Stellen Sie sich vor, Sie sitzen jetzt mit Ihrer Partnerin gemütlich zusammen.
Sie haben beide Lust sich zu streicheln und fangen an, miteinander zu schmusen und zärtlich zu sein. Es ist aufregend. Sie wollen immer noch mehr; fangen an, sich gegenseitig auszuziehen./ Jetzt sind Sie beide ganz nackt, und Sie spüren, wie Sie der Anblick Ihrer nackten Partnerin stark erregt./ Sie umarmen und streicheln sich gegenseitig und Sie spüren, wie der warme, weiche Körper Ihrer Partnerin sich an Ihren Körper drängt.
Die deutlich spürbare Erregung Ihrer Partnerin erregt Sie noch mehr. Sie fühlen deutlich, wie Ihr Herz schneller schlägt und Ihr Atem rascher geht.
Vielleicht spüren Sie auch ein Kribbeln an Händen und Füßen weil sich die Blutverteilung in Ihrem Körper ändert.
Sie merken deutlich, wie sich die Durchblutung Ihrer Genitalien belebt, wie Ihr Glied anfängt, sich zu strecken, allmählich prall und steif wird und sich ausdehnt.
Und während Sie sich weiter streicheln und am ganzen Körper liebkosen, spüren Sie, wie Ihre Erregung immer weiter anwächst. Sie wissen, wenn Sie jetzt nichts unternehmen, wird Ihre Erregung sehr bald so stark sein, daß es zum Samenerguß kommt. // Das braucht so nicht abzulaufen. // Sie beide wären damit nicht ganz zufrieden. /// Lernen Sie noch besser, Ihre Ejakulation zu steuern. ///

Sie beginnen damit, Ihren Erregungsanstieg durch bewußte Steuerung Ihres Atems zu bremsen. Sie konzentrieren sich jetzt auf Ihren Atem und atmen bewußt langsam und tief ein und aus, während Sie sich beide weiter liebkosen. Lassen Sie Ihre Atmung immer langsamer und tiefer werden, immer noch langsamer, bis Sie spüren, wie sich Ihre Erregung etwas verringert hat.
Dann richten Sie Ihre Konzentration wieder voll auf die Liebkosungen Ihrer Partnerin.
Und immer, wenn Sie meinen, daß Ihre Erregung zu stark anwächst, konzentrieren Sie sich darauf, die Erregung durch bewußtes langsames Atmen zu bremsen. ///
Sie sind nun beide stark erregt /// und möchten jetzt zum Geschlechtsverkehr übergehen. ///
Sie legen sich nun auf den Rücken: Ihre Partnerin begibt sich mit gespreizten Beinen in eine kniende Haltung über den Unterleib von Ihnen, Ihrem Kopf zugewandt und mit aufgerichtetem Oberkörper. Die Frau läßt sich jetzt nieder und dabei führen Sie beide den Penis in die Vagina ein.
Sie beginnen nun, sich durch rhythmisches Bewegen und Stoßen weiter zu erregen. //

Sie spüren jetzt deutlich wie Ihre Erregung immer stärker wird. / Sie sind jetzt kurz vor dem Samenerguß. //
Sie geben Ihrer Partnerin ein vereinbartes Zeichen und stellen sofort beide jede Bewegung ein.
Eventuell können Sie auch den Penis etwas aus der Vagina zurückziehen, so daß nur die Eichel noch am Eingang der Vagina ruht. Sie warten, bis sich die Leidenschaft gelegt hat, bleiben aber auf das Gefühl in Ihren Geschlechtsorganen konzentriert. ////
Nun hat sich die Erregung etwas vermindert und Sie beginnen jetzt wieder mit der Stimulation. //
Bald stehen Sie wieder kurz vor dem Samenerguß. //
Wieder unterbrechen Sie jede Stimulation und warten, bis die Erregung etwas abgeklungen ist. ////
Dies wiederholen Sie immer wieder, bis Ihre Frau einen Orgasmus hat.
Jetzt können auch Sie Ihrer Erregung freien Lauf lassen.
Nun sprechen Sie zu sich und loben sich dafür, daß Sie Ihre Ejakulation so gut unter Kontrolle hatten. /
Kehren Sie jetzt wieder in die Situation hierher zurück und achten Sie auf Ihren Atem - das Ein und Aus des Atems.

Es gibt noch weitere Möglichkeiten, um überschäumende Erregung zu bremsen:
Drücken Sie jetzt einmal mit dem Daumen kräftig auf den Rücken des Gliedansatzes, während gleichzeitig Zeige- und Mittelfinger an der Unterseite des Gliedes fast bis zum Anus vordringen, wo die Wurzel des Gliedes liegt und dort den Druck erwidern.
Probieren Sie diese Möglichkeit jetzt in Ihrer Phantasie aus. ////
Wenn bei dieser Methode die Erektion wesentlich zurückgeht, ist das kein Grund zur Beunruhigung. Beginnen Sie einfach erneut mit der Stimulation. //
Lassen Sie sich Zeit. / Manchmal dauert es länger. //
Genießen Sie das Streicheln. /// Viel zu schnell sind Sie wieder so erregt, daß Sie unterbrechen müssen. //
Am wirksamsten ist es, mehrere Kontrollmethoden zu kombinieren. / Stellen Sie sich vor, wie Sie jetzt - kurz vor einem Samenerguß jede Bewegung einstellen / gleichzeitig tief und langsam atmen / den Körper entspannen und lockern / und den Penis mit der Hand kurz und fest drücken. ////
Gut, die Erregung geht wieder so weit zurück, daß Sie Ihre Partnerin weiter streicheln und liebkosen können. //
Wenn es dann auch für Ihre Partnerin befriedigend ist, können Sie Ihrer Erregung freien Lauf lassen. //
Sie beide werden sich besser fühlen, wenn Sie immer wieder Ihre Erregung kontrollieren.

Kehren Sie dann mit Ihren Gedanken wieder in die Situation hierher zurück. / Entspannen Sie sich noch eine Weile. / Achten Sie nur auf das Ein und Aus Ihres Atems. ////
Dann strecken Sie sich wieder und öffnen Sie die Augen.

ANHANG 11

Materialien zu Fall III

13. Sitzung
(Einzelsitzung der Patientin)

DER G-PUNKT

Carolyn, eine fünfundzwanzigjährige Patientin suchte einen Therapeuten auf, weil sie wirklich verliebt war, einen einfühlsamen, rücksichtsvollen Freund hatte, aber gleichwohl nie einen Höhepunkt erlebte. "Wir passen sonst wunderbar zusammen", erklärte sie traurig, "Aber im Bett funktioniert es nicht". Carolyn konnte ihrem Freund nichts vorwerfen. Im Gegenteil - sie war überzeugt, daß die "Schuld" für ihre "Frigidität" bei ihr liegen müsse. "Ich bin zwar erregt", sagte sie "aber ich springe einfach auf nichts richtig an".

Dr. Stifter, der eben aus den USA zurückgekehrt war, ahnte wo Carolyns wunder Punkt liegen könnte. Er gab ihr einen ausgezeichneten, weil praktikablen Ratschlag: "Das nächste Mal bringen Sie Ihren Freund mit", bat er. Dann zeigte der Therapeut dem jungen Mann, wie er den G-Punkt finden könne. Nach vier Therapiestunden war das Problem gelöst. Anders gesagt: Daß Carolyn auf die herkömmlichen Liebkosungen nicht "ansprang", lag daran, daß sie eben nur durch Stimmulation des G-Punktes orgasmusfähig war. Kaum hatte Carolyns Partner die heiße Spur entdeckt, stand ihrem beiderseitigen Glück nichts mehr im Weg.

Ist diese Möglichkeit nicht Grund genug, daß eine Frau, die noch nie den "Gipfelsturm" schaffte oder die ihre Lustgefühle nur als halbe Sache empfindet, dem gewissen Punkt in ihrer Scheide nachspürt? Die Frage ist nur: Wie?
Offen gesagt: Es wäre nicht leicht für Sie, diesen Tollpunkt selbst ausfindig zu machen. Wenn Sie aber Ihrem Partner freie Hand geben, kann ihm das relativ leicht gelingen. Um die neuentdeckte Lustquelle schnell in den Griff zu bekommen, empfiehlt Dr. Stifter folgendes Vorgehen:
Sagen Sie Ihrem Partner, daß er einen oder besser zwei Finger behutsam in Ihre Scheide einführen soll. Dann muß er den Finger sacht gegen die vordere Scheidenwand drücken. Nun wird die Scheidenschleimhaut mit einem gewissen Druck hin und her geschoben.
Üblicherweise liegt der G-Punkt in der Scheide an der Stelle, an der die Uhrzeiger in der 12-Uhr-Position stehen würden, und zwar knapp vor der halben Scheidenlänge. Geringfügige Unterschiede, zum Beispiel 5-Minuten-vor-12-Uhr-Position, sind möglich.

Den sensiblen Punkt fixieren Sie am einfachsten so: Bitten Sie Ihren Partner, das erste Scheidendrittel in der beschriebenen Form im Uhrzeigersinn abzutasten. Benoten Sie das, was Sie empfinden, von -5 (schlecht) bis +5 (sehr gut). Erfahrungsgemäß läßt sich der G-Punkt kaum durch die üblichen Koitusbewegungen, sondern viel eher durch manuelle Reizung am leichtesten fassen und stimulieren.
Leider ist es nicht damit getan, die Perle der Liebesmuschel aufzuspüren. Sie müssen auch lernen, den neuen, ungewohnten Genuß zuzulassen. Das ist nicht ganz leicht. Schließlich dringt Ihr Partner mit diesen Stimulationen nicht nur in erotisches Neuland vor; er aktiviert dabei auch eine Zone, die bei den ersten Berührungen sogar eine unangenehme Reaktion nämlich Harndrang, hervorrufen kann. Aber dieses Harndranggefühl geht sehr bald in ein starkes sexuelles Lustempfinden über, das nach Aussagen erfahrener Frauen alle anderen Stimulationen in den Schatten stellt.

Ich muß zugeben: Ich war von der G-Punkt-Theorie so fasziniert, daß ich in meinem Bekanntenkreis eine kleine private Umfrage machte: Ich bat Frauen, von denen ich wußte, daß sie einen "starken" Orgasmus erleben, um schriftliche Beschreibung ihrer Empfindungen. Nachstehend sind nur einige ihrer Berichte abgedruckt, die eindeutig auf einen G-Punkt-Orgasmus verweisen:

"Beim ersten Eindringen eines bisher unbekannten Penis weiß ich sofort: Der schafft es, oder der schafft es nicht - egal, ob ein langes oder gar kein Vorspiel stattgefunden hat. Am leichtesten, nämlich sofort nach dem Eindringen, erreicht ein nicht zu langer, etwas aufgebogener Penis den entscheidenden Punkt. Dann beginnt ziemlich schnell der "Anstieg" zum Orgasmus. Ich werde gierig, um nicht zu sagen, rücksichtslos, und kann nur noch an den Orgasmus denken. Das Gefühl, das ich dann dabei habe, ist unbeschreiblich. Es ist, als ob ich mich von innen nach außen stülpen würde. Seit ich diesen Höhepunkt erlebe will ich keinen "Ersatz" mehr, zum Beispiel Klitorisorgasmen bei der Selbstbefriedigung."

"Ich glaube, bei mir sitzt der Punkt an der Rückseite der Klitoris. In der Normalstellung wird er vom Penis nicht erreicht. Bei der Liebe von hinten gelingt der notwendige Kontakt eher. Am leichtesten reagiere ich auf manuelle Reizung. Sobald der Finger oder Penis zu dem Punkt gelangt, überkommt mich ein Gefühl des Entgegenstrebens, des sich Öffnens, warm erregend, aber gleichzeitig vermischt mit der Angst, daß ich mein Ziel doch nicht erreiche (was immer passiert, wenn mein Mann zu früh kommt oder die Stellung verändert). Jede Ablenkung stört mich wahnsinnig. Ich will nicht gestreichelt werden, nicht sprechen - ich bin ganz der Punkt. Dann kommt eine explosionsartige Entladung, dann Nässe, die sich oft über den ganzen Oberschenkel ausbreitet."

"Am tollsten ist der Höhepunkt für mich durch Stimulierung mit dem Finger. Nicht zu zart, nicht kreisend, ein drückendes Hin und Her. Es spritzt dann richtiggehend aus mir heraus..."

"Am stärksten komme ich, wenn ich von Zeige- und Mittelfinger ziemlich heftig an der Scheidenvorderwand gerieben werde. Dann schrumpfe ich zu einem winzigen Punkt, vergehe, löse mich auf und verglühe. Danach fühle ich mich stark und irgendwie dankbar . . ."

"Ich muß mir diesen für mich einzig wahren Orgasmus selbst holen. Dazu habe ich eine eigene Technik entwickelt. Es ist eine Art von Rollen mit dem Unterleib. Mit diesem Rollen will ich den Penis zu einem bestimmten Herd hin zwingen. Eine zusätzliche Berührung der Klitoris ist in dieser Phase unerträglich. Wenn der Orgasmus kommt, habe ich das Gefühl, als ob mich etwas packen und aus der Welt herausheben würde.

(Auszug aus G. Senger "Was heißt schon frigid!" S.168-171)

ORGASMUS

Zum Orgasmus bestehen die unterschiedlichsten Vorstellungen, vor allem um den des anderen Geschlechts.
Untersuchungen haben gezeigt, daß wissenschaftliche Beurteiler nicht zuverlässig in der Lage sind, von der schriftlichen Beschreibung der Erfahrung des Orgasmus auf das Geschlecht der Person zu schließen.
Lesen Sie die folgenden Beschreibungen des Orgasmus, die die Vielfalt des Erlebens illustrieren. Vielleicht wird Sie das Geschlecht der jeweiligen Person überraschen.

1. Der Orgasmus kommt wie eine milde Explosion, nach der ich mich warm und entspannt fühle. Er ist wie eine Hitzewelle, die in den Genitalien beginnt und zu Zehen und Kopf strömt. (männlich)

2. Nachdem die Spannung immer mehr aufgebaut wurde, kommt der Orgasmus wie ein Hochschnellen in den Himmel und ich spüre einen kühlen Luftzug. In meinem Innern prickelt es und meine Haut ist kühl. Das Herz rast und ich atme heftig. (weiblich)

3. Für mich ist der Orgasmus wie ein Zucken. Das Zucken beginnt mit leichten Vibrationen, die sich Welle für Welle aufbauen bis zu dem Punkt, wo die Zeit still zu stehen scheint. (männlich)

4. Für mich ist der Orgasmus entweder wie eine Lawine von Wohlbefinden, die mich überkommt oder wie eine erfrischende Zwischenmahlzeit, die kurz befriedigt, jedoch kurz darauf von Appetit auf mehr gefolgt wird. (weiblich)

5. Meine Orgasmen sind wie pulsierende Energieschübe; manchmal nur im Genitalbereich, manchmal durchfahren sie aber auch den ganzen Körper. (weiblich)

6. Für mich ist ein Orgasmus wie ein Eintauchen in kühles Wasser. Zuerst spannen sich meine Muskeln an, dann einen Moment lang Schweben bei angehaltenem Atem und schließlich wohltuende Entspannung. (männlich)

7. Für mich ist der Orgasmus ein Moment der Heiterkeit. Zuerst habe ich das Gefühl, aufgepumpt zu werden, und dann, anstatt zu zerplatzen, überspült mich eine Welle von Heiterkeit und Glück. (weiblich)

8. Manche Orgasmen sind bei mir unheimlich intensiv, geradezu erschütternd, andere Male besteht der Orgasmus nur aus kurzen Momenten der Erleichterung. (männlich)

(nach Masters, Johnson und Kolodny, 1982)

DAS MYSTERIUM DES ORGASMUS

Was ist überhaupt ein Orgasmus ?

Wenn Sie diese Frage einer Million Frauen stellen, werden Sie eine Million Antworten bekommen. Und jeder verantwortungsbewußte Psychologe, Mediziner oder Sexualwissenschaftler müßte zugeben: "Jede Antwort ist richtig".

Es gibt Klitorisorgasmen, die durch eine direkte Reizung der Klitoris zustande kommen. Es gibt aber auch Klitorisorgasmen, die durch indirekte Stimulierung des "Wonneknöpfchens" hervorgerufen werden. Dann sind da noch Vaginalorgasmen, die durch Stimulation besonders sensibler Punkte im ersten Scheidendrittel ausgelöst werden. Und es gibt Orgasmen, bei denen alle diese Lustzentren in unterschiedlichem Grad beteiligt sind.

Das Tohuwabohu an Empfindungen wird noch verstärkt: Während des Höhepunktes mischt plötzlich auch noch die Scheide in der Form mit, daß sie sich öfter zusammenzieht. Sogar die Gebärmutter kann kontrahieren und das Gefühl des inneren Erlebens verstärken. Diese Erregungsabläufe sind dann so vielgestaltig, daß sie beim besten Willen nur unzureichend dargestellt werden können.

Das Phänomen des weiblichen Orgasmus ist aber auch gefühlsabhängig. Eine gekonnte Selbststimulierung kann sehr befreiend und entspannend wirken. Doch das umfassende Gefühl des Glücks und die tiefe Befriedigung, die bei einer erfüllten Vereinigung mit einem geliebten Partner entstehen, sind wieder etwas anderes.

Das bedeutet: Ein Orgasmus ist etwas so Individuelles wie etwa ein Fingerabdruck. Wenn Sie versuchen, Ihren Höhepunkt als "gut", "mäßig" oder "falsch", als "groß", "klein", "reif" oder "unreif" einzustufen, machen Sie den größten Fehler, den ein Mensch machen kann!

Ist es denn möglich, daß eine Frau gar nicht weiß, ob sie einen Orgasmus hat oder nicht?

Wieder machte ich mich auf, eine "heiße" Frage von Fachleuten beantworten zu lassen.
Privatdozent Dr. med. Götz Kockott war davon nicht im geringsten überrascht. "Was glauben Sie, wie viele Frauen hier ein und ausgehen, die sich fälschlicherweise für frigid halten!" bemerkte er und wies dabei auf die weiße Tür seines Sprechzimmers. "Dabei sind sie völlig in Ordnung. Sie sind nur Opfer falscher Klischeevorstellungen."

Ellen war zum Beispiel das Opfer der Vorstellung, daß ein Orgasmus so etwas wie ein Vulkanausbruch sein müsse. Der Orgasmus müßte demnach wie ein eruptives Naturereignis verlaufen: Die Frau verfällt in Krämpfe, windet sich wie ein Fisch an Land. Sie schreit, daß die Wände wackeln, verdreht die Augen, kratzt ihrem Partner den Rücken blutig. Wenn es ganz dick kommt, verliert sie kurz die Besinnung. Dann taumelt sie von einem Superorgasmus in den nächsten.

"Bei mir trifft das alles nicht zu", bedauert Ellen.
"Ich spüre nur so ein wohliges Gefühl. Das ist alles ..."

Das ist auch alles! Sicher nicht für jede Frau, aber eben für Ellen.

Die Persönlichkeit und ihr individuelles Orgasmuserleben einerseits und die Gefühlssituation des Individuums andererseits gestalten den medizinisch-psychologischen Begriff "Orgasmus" in der praktischen Erfahrung immer zu einem "Höhepunkt nach Art des Hauses".

Frauen meinen, daß das, was sie erleben, nur Erfahrungen zweiter Wahl seien.
Warum eigentlich? "Weil sie durch das, was sie hören und lesen, zu überhöhten Erwartungen neigen", vermutet DR. VIOLA FRICK-BRUDER. "Viele Frauen erleben einen Höhepunkt, aber sie meinen: 'Das kann doch nicht alles gewesen sein, was ich da fühle!' Diese unrealistische Erwartungshaltung macht es ihnen unmöglich, das Erleben anzunehmen".

Dieser Meinung ist auch Dr. med. GÖTZ KOCKOTT: "Es gibt Frauen, die eine milde orgastische Reaktion haben", bestätigt er. "Wenn diese Frauen lesen, daß beim Orgasmus die Welt stehenbleiben muß, glauben sie, keinen Höhepunkt zu erleben, nur weil ihre Empfindungen nicht mit diesen Beschreibungen übereinstimmen."

Die gefühlsmäßigen Orgasmusreaktionen

Eine deutlichere Sprache als alle körperlichen Veränderungen sprechen die gefühlsmäßigen Wahrnehmungen und die genitalen Empfindungen.

- o Das erste Stadium - als der Beginn des Orgasmus - wird MASTERS und JOHNSON zufolge durch ein kurzes, plötzliches Gefühl des "Stehenbleibens" eingeleitet, das sich aus einer starken sexuellen Erregung heraus entwickelt.
- o Das zweite Stadium wird als eine "Phase des Wärmegefühls" beschrieben.
- o Das dritte Stadium ist durch ein Pulsieren, Pochen und schließlich durch unwillkürliche Muskelkontraktionen der Scheide gekennzeichnet.

Je intensiver ein Orgasmus in körperlicher Hinsicht verläuft, desto stärker und häufiger sind die Kontraktionen des vorderen Scheidendrittels. Drei bis fünf Kontraktionen werden von Frauen als "schwaches Erlebnis" bezeichnet. Fünf bis acht Kontraktionen sind - immer laut Masters und Johnson - beim "üblichen Orgasmus" an der Tagesordnung. Acht bis zwölf Kontraktionen weisen den Geschlechtsverkehr bereits als "intensives Erlebnis" aus.

Dr. med. GÖTZ KOCKOTT ist allerdings nicht der einzige Sexualwissenschaftler, der die von dem amerikanischen Forscherpaar ermittelten Orgasmuskriterien einschränkt. "Diese drei Phasen werden nicht von allen Frauen erlebt", stellt er fest. "Viele Frauen erleben nur eine, viele nur zwei Phasen, viele nur das dritte Stadium. "Meist ist es das dritte Stadium, das zusammen mit einem deutlichen Nachlassen der Spannung, als deutlichstes Orgasmuszeichen wahrgenommen wird.

Im Grunde bleibt nur ein einziges Kriterium übrig, das als Beweis für einen Orgasmus gelten kann: Einem Orgasmus folgt immer das Gefühl wohliger körperlicher und seelischer Entspannung. Wenn Sie einen Höhepunkt erlebt haben, sind Sie nachher nicht reizbar, sondern zufrieden.

(Auszug aus G. Senger "Was heißt schon frigid!" S.149-155)

ANHANG 12

Mentales Training zu Fall IV

7. Sitzung
(Einzeltherapie des Klienten)

Setzen Sie sich jetzt bitte entspannt in den Sessel. Stellen Sie Ihre Füße bequem hin, lehnen Sie sich entspannt an und suchen Sie für den Kopf eine angenehme Lage. Probieren Sie die angenehmste Haltung aus - bitte schließen Sie jetzt die Augen und sagen Sie sich, daß Sie sich jetzt entspannen werden. Stellen Sie sich jetzt vor, es ist ein schöner sonniger Nachmittag im Frühsommer. Sie liegen an einem ruhigen Waldrand um sich auszuruhen und die Sonne zu genießen. / Sie fühlen die Haut. Sie fühlen auf der Haut, wie das Licht wärmer und wärmer wird. Die Wärme ist angenehm und entspannend. Sie sind ruhig und entspannt. / Sie haben Urlaub und dösen in der Sonne, ruhig und entspannt. Bleiben Sie ganz in dieser Vorstellung und genießen Sie die Ruhe. /// Sie liegen ganz ruhig und entspannt, Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus. // Sie spüren die Wärme der Sonnenstrahlen auf ihrer Haut. Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das weiche Licht der Sonne wahr. Sie liegen ganz ungestört am Waldrand in der Sonne.
Es ist nicht zu heiß, ein leichter angenehmer Wind weht, es ist wohltuend, hier zu sein und Sie sind ganz ruhig und entspannt und genießen den angenehmen Urlaubstag. ///
Eine kleine Wolke nähert sich nun der Sonne, sie zieht langsam vor die Sonne und Sie bleiben ganz ruhig und entspannt. Die Wolke verdeckt die Sonne, und Sie spüren das Nachlassen der Wärme auf Ihrer Haut und den leichten Schatten. Sie bleiben ganz ruhig und entspannt liegen, weil die Sonne gleich wiederkommen wird.
Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus. Die Wolke zieht langsam an der Sonne vorbei, und die Wärme der Sonnenstrahlen nimmt wieder zu und der Schatten verschwindet langsam. / Die Sonnenstrahlen erwärmen Ihre Haut und die Wärme ist angenehm. Sie empfinden die Wärme als wohltuend. Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das Licht der Sonne wahr, der Schatten ist verschwunden. Sie liegen ganz ungestört am Waldrand in der Sonne. Es ist angenehm warm, nicht zu heiß, ein leichter, angenehmer Wind geht. Es ist wohltuend hier zu sein. Sie sind ganz ruhig und entspannt, Sie atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus und genießen den angenehmen Urlaubstag am Waldrand. //// Und die Sonne wärmt angenehm Ihre Haut. Durch die geschlossenen Augenlider scheinen die beruhigenden gelben Strahlen der Sonne. Ihre rechte Gesichtshälfte ist warm, angenehm warm. Sie sind ganz entspannt und ruhig. /// Nun wenden Sie das Gesicht ein wenig zur Sonne hin; der Schatten auf der anderen Gesichtshälfte verschwindet,

sie wird warm, angenehm warm. Sie nehmen durch die geschlossenen Lider das Licht der Sonne wahr. Sie spüren die Wärme der Sonnenstrahlen auf Ihrer Haut, sie ist warm, angenehm warm. /
Sie sind ganz ruhig entspannt und genießen die angenehme Wärme. Sie verweilen in diesem angenehmen, entspannten Zustand. /// Sie bleiben ganz in der Vorstellung, wie Sie am Waldrand in der Sonne liegen, es ist ein schöner, sonniger Nachmittag im Frühsommer; Sie haben Urlaub und liegen dösig in der Sonne, ruhig und entspannt. / Sie wenden nun langsam das Gesicht wieder zurück und spüren allmählich das Nachlassen der Wärme auf der einen Seite und den leichten Schatten. Sie bleiben ruhig und entspannt sitzen, atmen langsam und gleichmäßig ein und aus, ein und aus und genießen eine Weile die angenehme Wärme. //////
Sie atmen tief und gleichmäßig und genießen die Entspannung. /// Ihre Gedanken beschäftigen sich nun mit Ihrer Sexualität. Es ist schon wieder eine Weile her, seit Sie mit Ihrer Freundin zusammen waren, es ist einige Zeit her, daß Sie mit ihr Geschlechtsverkehr hatten. Und nun begegnen Sie sich heute wieder - heute abend kommen Sie zusammen. / Ihre Freundin ist schön - sie ist genau Ihr Typ. // Sie werden sich auch gut unterhalten. / Ihre Freundin ist interessant und charmant - Sie spüren, daß Sie verliebt sind; es ist aufregend. /// Beim Gespräch wollen Sie es nicht bewenden lassen / heute nicht / heute wollen Sie mit ihr ins Bett. / Sie spüren, wie Sie sich dabei beweisen wollen, wie Ihnen Sex dazu dient, diese Frau an sich zu binden. // Wenn es heute Spitze wird, gehört sie Ihnen! / STOP, versauen Sie sich und ihr nicht dieses Zusammensein, dieses sexuelle Erlebnis - es ist ein Spiel und es soll Spaß machen. //

Also nehmen Sie sich nur vor, Spaß zu haben; interessiert zu sein, was kommt, wie dieser hübsche und liebe Mensch im sexuellen Bereich fühlen und handeln wird. Es wird interessant, aber es kommt auf nichts an. //
Und während Sie sich nun auf den Weg zu ihr machen, nehmen Sie sich vor, daß Sie mit jeder Tür, die Sie öffnen, sich entspannen und sich selbst öffnen. // Und so nehmen Sie jetzt die Klinke Ihrer Wohnungstür in die Hand, um Ihre Wohnung zu verlassen, atmen bewußt ein und aus und lassen mit dem Ausströmen des Atems Entspannung durch den ganzen Körper strömen. // Und Sie sagen sich dabei: So ist es gut. / Ich bin und bleibe ruhig. / Und offen für das, was sich ergeben wird... / Und so wie es sich ergeben wird, werde ich es annehmen. // Und dann schließen Sie Ihre Wohnungstür und setzen Ihren Weg fort. // Und mit jeder Tür, die Sie öffnen, lockern Sie sich erneut. /// Jetzt stehen Sie vor dem Haus, in dem sie wohnt. Sie spüren, wie die Aufregung wieder durchbricht und Sie ertappen sich wieder dabei, wie Sie die kommende Begegnung als Leistungssituation bewerten, wo es um alles oder nichts gehen soll. ///
STOP, steuern Sie gegen: Entspannen Sie sich erneut, atmen Sie ein und aus / ein und aus / und stimmen Sie sich wieder

auf Ruhe, Spaß und Genießen ein. /// Öffnen Sie sich mit der Tür, die Sie jetzt zu Ihrer Freundin aufmachen, für alles was sich ergeben wird. Sie werden ruhig und sicher sein. ///
Nun ist es soweit, Sie umarmen diese Frau und küssen sie. / Und sie macht mit. / Es geht weiter. // Sie ziehen sich gegenseitig aus. // Es geht alles ganz schnell. ///
Und mit der Unterhose verlieren Sie die Rückmeldung über Ihre Erektion. /// Sie werden plötzlich ganz unsicher, ob der Penis steht und durchsteht. // STOP, Sie müssen nichts durchstehen. Entspannen Sie sich, lassen Sie die Muskeln locker und genießen Sie. Machen Sie, was Ihnen Spaß macht und was Sie reizt. / Wenn Sie stimuliert werden, wird der Penis auch steif. / Lassen Sie sich verwöhnen / und streicheln Sie den Körper Ihrer Partnerin. /// Und wie Sie nun den Körper Ihrer Partnerin streicheln und ihr auch zeigen wie es Ihnen am meisten Spaß macht, fühlen Sie sich erregt und Sie gewinnen an Sicherheit und vergessen ganz, Ihre Aufmerksamkeit Ihrem Penis zu widmen. ///
Und es ist schön, mal aktiv / mal passiv / und dabei fällt Ihnen plötzlich auf, daß Ihr Penis schlaff ist und Sie erschrecken kurz. // Bis Ihnen einfällt, daß es hier kein muß, keinen Zwang gibt, daß es nicht um Leistung, sondern um Genießen geht. //
Und Sie spüren wieder den warmen Frauenkörper und schon wieder macht es Ihnen Spaß, sich zu lockern, sich streicheln zu lassen. // Dann wieder zuzupacken und Ihren sexuellen Vorstellungen freien Lauf zu lassen, statt an die Gliedsteife zu denken. // Und der Penis steht auch wieder. /
Und nun führen Sie ihn ein und Sie spüren jede Bewegung, nichts irritiert Sie, Sie sind erregt und frei von jedem Druck. Sie spüren nur die Erregung. //
Und als Sie abspritzen sind Sie zufrieden, und während Sie den warmen Frauenkörper spüren, wissen Sie, daß das mal früher, mal später sein wird, und daß das so gut ist. //
Der warme Körper in Ihren Händen überträgt Ihnen ein Gefühl von Ruhe und Sicherheit. Morgen wird es vielleicht mehr Gewinn für Sie geben als heute und übermorgen und dann wieder mehr für die Partnerin. / Und ohne zu fragen, wissen Sie, daß auch sie das so sieht und empfindet. Und es gibt keinen Druck mehr, aber mehr Spaß und Erregung. //

Dann kehren Sie in der Vorstellung wieder zurück an den Waldrand. Es ist immer noch ein schöner, sonniger Nachmittag im Frühsommer; Sie haben noch Urlaub und liegen dösig in der Sonne, ruhig und entspannt. / Sie bleiben ruhig und entspannt, atmen langsam und gleichmäßig, ein und aus, ein und aus und genießen noch eine Weile die angenehme Wärme der Frühjahrssonne. //////
Sie bleiben noch einen Augenblick ruhig und entspannt und sitzen, bevor Sie gleich die Entspannung beenden. Sie atmen tief und gleichmäßig und genießen die Entspannung. ///
Dann sagen Sie sich, daß Sie die Entspannung langsam beenden, wachen auf, öffnen die Augen und räkeln sich.

9. Sitzung
(Einzeltherapie des Klienten)

Stellen Sie sich vor, Sie haben eine Reise nach China gewonnen. / Sie nehmen Urlaub / und fliegen nach China / wo Sie eine interessante Rundreise machen. //
In China erfahren Sie von einem Heilkundigen, der die uralte Lehre des Tao der Liebe beherrscht. // Sie beschließen, ihn aufzusuchen und um Rat zu bitten. //
Sie müssen mit einem Hubschrauber in das unwegsame Gelände fliegen, wo er lebt. /
Sie steigen nun in den Hubschrauber. Sie legen den Gurt an. Fühlen Sie den Druck um Ihre Mitte herum? Der Hubschrauber beginnt aufzusteigen. Sie sind von einem silbernen Nebel umgeben, während Sie immer höher und höher aufsteigen. /
Sie sehen auf den Höhenmesser. / Sie befinden sich jetzt 1,5 km über dem Meeresspiegel. /
Ihre Gedanken eilen voraus. / Wie sagen Sie es diesem alten Heilkundigen? / Sie wissen, Sie müssen sich offenbaren. / Wird er Sie ernst nehmen, wenn Sie ihm sagen, daß Sie an Impotenz leiden?
Nun beginnt der Hubschrauber zu sinken. Empfinden Sie das ziehende Gefühl auf dem Grund Ihres Magens. 1600 m, 1300 m, 1000 m, 700 m, 400 m. Sie sind da. /
Es ist seltsam, Sie fragen sich, ob Sie nicht gleich wieder umkehren sollen. / Sie wissen um die menschlichen Grundlagen Ihres Problems // und übermenschliches werden Sie hier kaum erwarten können.

Da kommt ein alter Mann langsam auf Sie zu. / Sie begrüßen sich / und er geleitet Sie zu einer Hütte, in der Sie an einem Feuer Platz nehmen. //
Es ist warm und heimelig in dieser Hütte / und Sie zögern nicht länger und fragen den alten Mann, ob er Ihnen helfen kann.
Der Alte hat Ihnen aufmerksam zugehört. / Nun antwortet er in bedächtiger Art und Weise:
Das Tao der Liebe hat kein Wort für Impotenz. Wenn sich der Penis eines Mannes nicht aufrichtet, ist er keineswegs hilflos.
Es gibt viele Arten, sexuelle Lust zu geben und zu empfangen. Man kann den Körper der Partnerin mit den Händen, den Lippen und der Zunge genießen. Nicht nur ihr Aussehen, sondern auch ihr Geruch und ihre Haut sprechen die Sinnlichkeit an. Wenn man die sensitiven Zonen ihres Körpers streichelt, wird sie das erregen. An ihrem Rückgrat entlangfahren, sacht an ihren Brustknospen saugen, bis sie hart werden, ihre Vulva küssen und ihre Klitoris mit der Zunge kitzeln, dann noch tiefer eindringen, bis ihr eigenes Naß ihre Schenkel benetzt. Ihre Erregung wird wiederum den Mann erregen. Ihre Erregung kann bei ihm zu einer Erektion führen. Wenn dem so ist, dann ist sein Problem gelöst, und er kann in ihre Scheide eindringen. Wenn nicht, kann er mit Hilfe dessen, was das Tao der Liebe die Methode des "weichen Eindringens" nennt, dennoch hineingelangen. //

Hier macht der Alte eine längere Pause, bevor er fortfährt:
Bei der Methode des weichen Eindringens geht es darum, daß ein Mann auch ohne Erektion, mit Unterstützung seiner Finger, in seine Partnerin eindringen kann. Wenn er erfahren genug ist und geschickte Hände besitzt, kann er sogar ein vollkommen schlaffes Glied in eine Frau einführen und sich und ihr dabei Lust verschaffen. Richtig ausgeführt, kann das "weiche Eindringen" sogar eine aufregende, neue Erfahrung für die Frau sein. Wenn der Penis erst einmal in ihr drin ist, wird er wahrscheinlich steif werden, vorausgesetzt, der Mann folgt den Ideen des Taos der Liebe.

Die bequemsten Stellungen zu diesem Zweck sind entweder die Seitenlage mit einander zugewandten Gesichtern oder die Mann-oben-Position.
Das Paar sollte sich gegenseitig streicheln und umarmen, solange es beiden gefällt.
Der Mann sollte erst dann versuchen, den Penis einzuführen, wenn die Frau genügend Scheidensekret produziert hat.
Bei der Methode des "weichen Eindringens" kommt es auf die Geschicklichkeit der Finger an, die den Penis in die Vagina hineinmanövrieren. Ist dies vollbracht, bilden die Finger an der Wurzel des Penis einen Ring, um den Schaft wenigstens halb steif zu machen.
Dieser Fingerdruck hat dieselbe Wirkung wie ein Gummiband. Der Fingerdruck ist jedoch besser als ein künstlicher Ring. Erstens kann man selber bestimmen, wie eng der Ring den Penis umschließt. Zweitens kann man loslassen, sobald es nicht mehr nötig ist, und wenn das Glied dann von neuem Unterstützung braucht, kann man wieder mit den Fingern nachhelfen, ohne daß man es herausziehen muß, um einen künstlichen Ring anzubringen.
Unter diesen Umständen werden die meisten Männer in der Lage sein zu erigieren.
Hier macht der Alte eine lange Pause und fordert Sie auf, sich vorzustellen, daß Sie selbst diese Methode mit Ihrer Partnerin praktizieren. ////

Schließlich fährt der Alte mit seinen Ausführungen fort:
Die Möglichkeit des "weichen Eindringens" zerstört zwei Legenden über den Geschlechtsakt. Zum einen die, daß ein Mann nur dann in eine Frau eindringen kann, wenn er eine Erektion hat. Und zum andern die, daß es eine zur Einführung ausreichende Erektion sein muß. Das "weiche Eindringen" ist ein wesentlicher Teil des Taos der Liebe: Niemand kann sicher sein, jederzeit erigieren zu können. Die Methode des "weichen Eindringens" aber erlaubt dem Mann tatsächlich, seine Partnerin zu lieben, wann immer ihr danach ist.

Der Alte fordert Sie auf, darüber nachzudenken und sich vorzustellen, daß Sie entsprechend handeln, währenddessen er ins Feuer schaut un in aller Ruhe eine Tasse Tee austrinkt. ////

Als Sie schon überlegen, ob er mit seinen Ausführungen am Ende sei, ergreift er wieder leise das Wort:
Gelegentlich ist die Erektion nicht ganz so einfach zu erreichen. Das Tao führt dies auf Müdigkeit, Streß und Nervosität zurück: Mit einer gelassenen Einstellung gegenüber den Schwierigkeiten beim Erigieren kommt man zur Lösung des Problems.

Der Mann legt sich dann nackt auf das Bett. Er entspannt sich und konzentriert sich nicht darauf, zur Erektion zu kommen.
Seine Partnerin sitzt am Bettrand, ohne ihn zu berühren und verhält sich ganz ruhig. Sie sollte auf seiner linken Seite, seinen Füßen zugewandt, sitzen.
Der Mann läßt langsam seine Hände über seinen Bauch zur Basis des Penis gleiten. Sein rechter Zeigefinger und Daumen umfassen die Penisbasis. Seine linke Hand ergreift die Hoden.
Jetzt konzentriert er sich mit geschlossenen Augen auf das Vorstellungsbild der Muskel-Kontraktions-Übung.
Er imaginiert seinen Penis mit allen Muskeln und den "leeren Röhren" innerhalb des Penis. Er drückt nun die Finger und Daumen, welche die Penisbasis umfassen, zusammen und zieht sie langsam mit Druck aufwärts, von der Basis bis zur Spitze des Penis.
Gleichzeitig spannt er die Muskeln fest an und imaginiert ihre Kontraktion, was auch einschließt, daß er "sieht", wie sich die Röhren füllen. Das Kontrahieren, das Gleiten der umschließenden Finger und das Vorstellungsbild sollten simultan koordiniert werden: die Zeit, während der er die Muskelanspannung aufrechterhält, sollte ebenso lang sein wie die Zeit, die er braucht, um seine Finger den Penisschaft entlanggleiten zu lassen. Wenn die Finger die Eichel erreicht haben, sollte er die Kontraktion beendet haben und den Penis loslassen. Dann entspannt sich der Mann. Stellen Sie sich jetzt diesen Vorgang genauestens vor, damit Sie nichts vergessen. ////
Jetzt sollte dasselbe wiederholt werden: Umfassen, Druck, Ziehen der Finger von der Basis zur Spitze, begleitet von der Muskelkontraktion. //
Dann wird der Vorgang ein drittes Mal wiederholt. //

Danach läßt der Mann seine gefalteten Hände auf dem Bauch ruhen. Er behält seine Stellung mit geschlossenen Augen bei.
Die Frau richtet ihren Blick auf die Genitalien des Mannes. Ihre rechte Hand greift nach dem Penis, Zeigefinger und Daumen umfassen ihn an der Basis. Ihre linke Hand umschließt und massiert sanft die Hoden - langsam, und nur die Hoden.
Ihr Zeigefinger und Daumen drücken auf die Penisbasis.
Wenn der Mann den Druck spürt, spannt er die Muskeln fest an. - Machen Sie in Gedanken mit!
Sobald die Frau die Muskelkontraktion des Mannes wahrnimmt, zieht sie ihre Finger über den Penisschaft zur Eichel. Ihr Druck erzeugt eine Empfindung von "Ziehen" am Penis; doch sollte sie dabei - ebenso wie zuvor der Mann - soviel Druck anwenden, daß die Finger nur langsam über den Schaft gleiten.

Wenn sie die Lockerung der Kontraktion spürt, läßt sie den Penis los. Sie soll nicht mit ihren Fingern zurück zur Penisbasis gleiten, sondern ihn in seine natürliche Lage "fallen" lassen.
Wieder umfaßt die Frau die Basis des Penis; der Mann kontrahiert, die Frau läßt die Finger über den Schaft zur Eichel gleiten, die Frau lockert ihren Griff, sobald sie die Entspannung spürt.
Der Vorgang wird dann ein drittes Mal wiederholt. Danach streckt der Mann seine Beine auf dem Bett aus und öffnet die Augen. Er und die Frau entspannen sich, während sie im stillen drei Mantras wiederholen.

Danach legt sich der Mann auf den Bauch. Die Frau ändert ihre Stellung nicht, befindet sich aber jetzt, da der Mann sich umgedreht hat, an seiner rechten Seite.
Der Mann nimmt nun eine kniende Haltung ein und stützt sich auf den Ellenbogen ab. Dann spreizt er seine Knie so weit auseinander, wie es ihm bequem möglich ist, faltet seine Arme und läßt seinen Kopf auf den Unterarmen ruhen. - Können Sie folgen ?
Die Frau sollte mit der linken Hand um des Mannes rechte Hüfte greifen können, um die Hoden in die Hand zu nehmen. Ihre rechte Hand führt sie mit nach innen gewandter Handfläche unter den Bauch des Mannes und läßt sie bis zum Penis gleiten; sie umfaßt die Penisbasis mit Zeigefinger und Daumen.
Der Mann konzentriert sich jetzt auf die Beckenmuskeln und spannt die Muskeln an. Sobald die Frau die Kontraktion spürt, zieht sie ihre Finger mit Druck von der Basis zur Eichel. Aufgrund der Haltung des Mannes entspricht dieser Vorgang dem des "Melkens".

Sie sollte in dem Augenblick damit aufhören, in dem sie die Muskelentspannung des Mannes spürt. Noch einmal: sie soll ihre Finger nicht von der Spitze zur Basis des Penis zurückgleiten lassen.
Dieses Melken, verbunden mit der Muskelkontraktion, schafft einen Sog, der den Blut-Füllvorgang, der zur Erektion nötig ist, unterstützt.
Der Mann kontrahiert seine Muskeln dreimal, die Frau melkt den Penis jedesmal und läßt ihn dann los. ///
Nach der dritten Kontraktion sollte der Mann mit der Kontraktionsübung aufhören, aber in der Haltung "auf allen vieren" bleiben und sich auf die Empfindungen konzentrieren, die durch die Aktionen der Frau in seinem Körper hervorgerufen werden.

Nach dieser Konzentration sollte die Frau mit dem Melken fortfahren. Auch wenn der Penis zu wachsen beginnt und sich versteift, sollte sie das Melken von der Basis zur Spitze weiterführen, wobei ihre Finger nicht zur Basis zurückgleiten dürfen.
Gleichzeitig sollte die Frau mit ihrer linken Hand weiterhin die Hoden und gelegentlich auch das Perinäum und die

rektalen Muskeln massieren und auf diese Weise langsam und sanft (niemals schnell oder heftig) die Erregung steigern. ////
Wenn der Mann auf die Melkübung zu reagieren beginnt, kann er den Kopf heben und sich auf den Knien im Bett erheben. Wenn er das tut, entfernt die Frau beide Hände von seinen Genitalien. Sie legt sich auf den Rücken, die Füße am Kopf des Bettes, so daß der Kopf unter die Genitalien des Mannes zu liegen kommt. Der Mann beugt sich vor und stützt sich auf die Ellenbogen. Die Vagina der Frau befindet sich vor seinem Gesicht, wodurch seine Erregung sich steigert. Er befindet sich in einer Haltung, in der er die Genitalien der Frau berühren, ihre Hüften in die Arme nehmen, ihre Schamlippen öffnen und ihre Klitoris küssen kann, wann immer er will.
Die Frau befindet sich mit ihrem Kopf ebenfalls in nächster Nähe seiner Genitalien.
Wenn sie ihre linke Hand hebt, kann sie seine Hoden, das Perinäum und die analen Muskeln stimulieren.
Mit der rechten Hand greift sie nach oben und umfaßt die Penisbasis mit Zeigefinger und Daumen. Sie fährt mit dem Melken fort.
Wenn sie nach einer Melkbewegung den Penis losgelassen hat, hebt sie den Kopf, umfaßt die Penisbasis mit Zeigefinger und Daumen und läßt den Penis so weit wie möglich in ihren Mund eindringen. Sie schließt die Lippen um den Penis und saugt fest daran. Während sie saugt, melkt sie den Penis mit ihren Fingern, bis der immer noch saugende Mund zurückgleitet und den Penis losläßt.
Dieser Vorgang sollte vielfach wiederholt werden.

Wenn man den eigenen Unterarm saugend küßt, so kann man feststellen, daß die Haut sich vom angesogenen Blut rötet. Dasselbe geschieht mit dem Penis. Das Melken erzeugt einen Blutstrom zum Penis hin, und das orale Saugen zieht den Strom in die leeren Röhren und verursacht die Erektion.
Das Melken ist außerordentlich erregend, vor allem, wenn es mit dem Kneten der Hoden, des Perinäums und der Analzone verbunden ist.
Das Melken des Penis ist eine ganz köstliche Empfindung. Und es besteht kaum ein Zweifel, daß sich eine Erektion einstellen wird.
Der Mann kann die Muskelkontraktion einsetzen, wann er will, um den Prozeß der Erektion zu unterstützen. Wenn er will, kann er den Kopf beugen und dem erotischen Vorgang des Melkens und Saugens zuschauen.
Die ganze Übung ist so erregend für den Mann, daß er gerne als Teil des Vorspiels einbezogen wird, vor allem beim zweiten Mal.
Ist die Erektion entstanden, so können Mann und Frau je nach Wunsch in dieser Stellung mit Fellatio und Cunnilingus fortfahren; oder der Mann kann sich auf den Rücken legen und die Frau sich über ihn knien, in einer Haltung, in der sie den Mann weiter mit Fellatio stimuliert und er ihre Vagina ebenfalls oral erregen kann.

Sie können ihr Liebesspiel in dieser Weise zu Ende führen oder die Stellung ändern - wie immer sie wollen.

Der Alte fährt fort:
Wenn Sie sich das jetzt in aller Ruhe ganz lebendig vorstellen, dann wird es Ihnen auch gelingen.
Nehmen Sie sich genügend Zeit.
Dann läßt er Sie allein und geht langsam fort.
Sie besinnen sich und nehmen sich die Zeit, sich das Melken noch einmal genau vorzustellen, bevor Sie wieder in den Hubschrauber steigen und zurückfliegen.

ANHANG 13

Materialien zu Fall IV

6. Sitzung
(Einzeltherapie mit dem Klienten)

LEISTUNGSDRUCK UND SEXUELLE BEFRIEDIGUNG

Die Anerkennung der Bedeutung von Sexualität hat bedauerlicherweise auch zu unerfreulichen Begleiterscheinungen geführt. Sexualität wird häufig als Gebiet verstanden, in dem es Leistung zu erbringen gilt. Von einer 'richtigen Frau'/'richtigen Mann' wird nicht nur erwartet, daß Sexualität lustvoll erlebt wird, sondern darüber hinaus wird häufig leider gefordert einen Orgasmus zu haben, den Partner zu befriedigen, 'gut im Bett' zu sein.
Dies führt verständlicherweise häufig zu Angst und Leistungsdruck. Auf der psychischen Ebene führen Angst und Leistungsdruck leicht dazu, daß man während sexueller Aktivität sich und/oder seinen Partner nur beobachtet, gefühlsmäßig aber danebensteht. Statt von Lust und Spaß wird sexuelle Aktivität dann von der Angst zu versagen oder nicht gut genug zu sein, begleitet.
Auf der biologischen Ebene verhindern oder erschweren Angst und Leistungsdruck die sexuelle Erregung und Reaktionsfähigkeit, da dies entgegengesetzte biologische Prozesse sind. Je mehr Leistungsdruck, desto weniger sexuelle Reaktionsfähigkeit. So ergibt sich leicht ein Teufelskreis: Ein 'Versagen' führt zu erhöhtem Druck, was die Wahrscheinlichkeit von erneutem 'Versagen' erhöht.
Man sollte sich von der Vorstellung lösen, daß Sexualität etwas mit Leistung zu tun hat. Sexualität soll Lust und Spaß bereiten.
Sprechen Sie mit Ihrem Partner: Um Mißverständnisse auszuräumen, um Ängste mitzuteilen. Gedanken, die die sexuelle Aktivität mit ihrem Partner betreffen, gehen beide Partner an. Geben Sie Ihrem Partner die Chance, Sie zu verstehen und auf Sie einzugehen.
Sprechen Sie vor allem auch über Ihre Wünsche. Sie kennen Ihren eigenen Körper so gut wie sonst niemand. Geben Sie dieses Wissen an Ihren Partner weiter. Lösen Sie sich von der Vorstellung, daß Ihr Partner wissen müßte oder könnte, was Sie besonders schätzen. Überlassen Sie Ihre sexuelle Befriedigung nicht dem Zufall. Übenehmen Sie die Verantwortung für Ihre Sexualität und teilen Sie Ihrem Partner mit, was und wie Sie es besonders gerne mögen. Dies zerstört nicht die Romantik, die Spontanität oder etwas anderes, sondern eröffnet die Möglichkeit, besser aufeinander einzugehen, und so die Möglichkeit, die Sexualität befriedigend zu gestalten.

8. Sitzung
(Einzeltherapie mit der Partnerin

SEX, SPIEL UND SINNLICHES ERLEBEN
(nach Gunther, 1974)

Die Sexualität stellt eine wichtige Spielwiese für Erwachsene dar. Wie im kindlichen Spiel gilt in der Sexualität: Erlaubt ist was gefällt. Spielregeln sollten nur solange eingehalten werden, wie das Spiel nach diesen Regeln Spaß macht; wenn dies nicht mehr der Fall ist, sollten die Regeln entsprechend verändert werden, um das Spiel wieder interessanter zu gestalten.
Es kann besonders reizvoll sein, einmal so zu handeln wie es einem nicht im Blut liegt. Bereiche entdecken und erfahren, die man bisher vermieden hat. Geben Sie dem Neuen eine Chance und überwinden Sie die Angst, lächerlich oder unnormal zu wirken.
Dehnen Sie die wechselseitige körperliche Erforschung aus, mit all ihren Varianten zwischen alleiniger Aktivität und vollständiger Passivität. Verführen Sie doch einmal Ihren Partner nach allen Regeln der Kunst - ruhig auch übertrieben - Sie werden es wahrscheinlich beide genießen. Es gibt unzählige Arten der Liebkosung: Welche machen Ihnen Spaß, welche Ihrem Partner: Ein kaum wahrnehmbarer Hauch von Berührung, ein zartes Knabbern, ein leichtes Kratzen, leidenschaftliches Beißen, ein Anflug von Aggression, ...?

Liebkosen und erforschen läßt sich mit vielem; natürlich mit den Lippen und der Zunge, Fingerspitzen und Handfläche, aber auch mit Handballen, mit Innen- und Außenseite der Unterarme, ... alles was dazu dienen kann das sinnliche Erleben zu steigern und auszudehnen.
Weniger kann auch mal mehr sein. Befassen Sie sich doch einmal sehr intensiv mit nur einer Körperpartie und erforschen Sie diese vollständig, vielleicht einen Arm oder den Rücken. Vielleicht machen Sie neue sinnliche Erfahrungen, die Sie genießen.

ANHANG 14

Nichtsignifikante Meßergebnisse
der ersten Untersuchungsphase

Kennwerte und Signifikanzen für PFB 1

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	9.9	3.5	10.4	3.0
EG 2	11.8	5.8	10.5	3.2
KG	10.8	3.9	11.8	2.6
Effekte:	Gruppen			0.789
	Zeit			0.944
	Wechselwirkung			0.185

Kennwerte und Signifikanzen für FUSS 1

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	11.9	5.8	11.8	5.4
EG 2	13.2	6.7	11.4	5.7
KG	11.8	5.4	11.5	4.4
Effekte:	Gruppen			0.953
	Zeit			0.073
	Wechselwirkung			0.240

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 5

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	4.3	2.4	4.3	2.3
EG 2	4.9	2.4	4.9	2.1
KG	4.3	1.5	4.4	1.4
Effekte:	Gruppen			0.848
	Zeit			0.743
	Wechselwirkung			0.459

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 2

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	5.0	1.8	5.0	1.1
EG 2	5.0	1.5	4.9	1.2
KG	4.8	1.6	4.8	1.3
Effekte:	Gruppen			0.841
	Zeit			0.612
	Wechselwirkung			0.813

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 8

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	5.8	1.3	5.4	1.0
EG 2	5.6	1.8	5.5	1.4
KG	6.3	1.1	6.1	1.1
Effekte:	Gruppen			0.209
	Zeit			0.058
	Wechselwirkung			0.704

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 7

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	4.8	1.3	4.8	1.3
EG 2	5.1	1.6	5.0	1.3
KG	4.1	1.6	4.3	1.3
Effekte:	Gruppen			0.116
	Zeit			0.757
	Wechselwirkung			0.053

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 3

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	99.6	8.1	99.4	5.8
EG 2	98.1	5.5	97.8	4.9
KG	100.1	7.4	98.1	5.1
Effekte:	Gruppen			0.540
	Zeit			0.082
	Wechselwirkung			0.168

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 2

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	100.8	7.4	100.5	6.1
EG 2	98.9	4.1	98.5	4.8
KG	98.5	7.8	99.5	5.4
Effekte:	Gruppen			0.666
	Zeit			0.830
	Wechselwirkung			0.482

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 5

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	99.8	10.2	99.4	8.0
EG 2	98.7	7.8	99.6	7.0
KG	102.3	8.2	101.4	6.3
Effekte:	Gruppen			0.536
	Zeit			0.858
	Wechselwirkung			0.210

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 4

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	104.3	5.3	102.6	4.3
EG 2	103.8	6.7	101.8	5.2
KG	105.5	7.2	104.8	6.6
Effekte:	Gruppen			0.438
	Zeit			0.001
	Wechselwirkung			0.447

ANHANG 15

Inhaltlich unbedeutende Veränderungen in der ersten Untersuchungsphase

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 4

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	5.6	1.7	5.4	1.5
EG 2	5.5	1.3	5.2	1.0
KG	5.5	1.3	5.2	1.0
Effekte:	Gruppen			0.810
	Zeit			0.012
	Wechselwirkung			0.879

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 3

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	6.1	1.8	5.8	1.6
EG 2	6.1	1.9	5.6	0.9
KG	5.6	1.7	5.4	1.2
Effekte:	Gruppen			0.706
	Zeit			0.012
	Wechselwirkung			0.724

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 9

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	5.1	2.2	5.4	1.7
EG 2	4.7	2.2	5.3	1.7
KG	4.8	2.2	4.9	1.9
Effekte:	Gruppen			0.872
	Zeit			0.001
	Wechselwirkung			0.176

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - 6

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	3.8	2.1	4.4	1.9
EG 2	4.0	1.9	4.4	1.8
KG	3.8	1.7	3.8	1.6
Effekte:	Gruppen			0.795
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.111

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - N

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	6.0	1.8	5.7	1.6
EG 2	5.5	1.6	5.0	0.9
KG	5.8	1.6	5.1	1.1
Effekte:	Gruppen			0.598
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.570

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - E

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	4.2	1.9	4.3	1.8
EG 2	5.4	2.5	5.5	2.3
KG	3.8	1.6	3.8	1.5
Effekte:	Gruppen			0.065
	Zeit			0.025
	Wechselwirkung			0.597

Kennwerte und Signifikanzen für FPI - M

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	3.9	2.1	4.1	1.7
EG 2	3.3	1.7	3.8	1.3
KG	2.9	1.8	3.4	1.3
Effekte:	Gruppen			0.395
	Zeit			0.000
	Wechselwirkung			0.498

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 1

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	103.8	11.5	102.9	9.0
EG 2	101.0	6.3	99.1	5.1
KG	102.6	8.5	100.9	5.9
Effekte:	Gruppen			0.602
	Zeit			0.003
	Wechselwirkung			0.707

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 6

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	100.2	10.8	98.3	9.2
EG 2	102.6	8.7	100.7	7.0
KG	102.0	7.5	101.6	6.1
Effekte:	Gruppen			0.838
	Zeit			0.020
	Wechselwirkung			0.535

Kennwerte und Signifikanzen für EMI - 7

Zeit	T 1		T 2	
Gruppen	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
EG 1	101.4	7.9	100.3	6.2
EG 2	99.5	9.6	98.5	7.7
KG	104.4	8.0	101.6	6.1
Effekte:	Gruppen			0.322
	Zeit			0.001
	Wechselwirkung			0.241

ANHANG 16

Mediane zu den Fragen des Abschlußfragebogens

	Patient		Partner	
	EG 1	EG 2	EG 1	EG 2
ABF 1	1.1	1.9	1.1	2.0
2	4.7	4.6	4.5	4.4
3	2.2	2.0	2.9	2.8
4	2.3	2.7	3.0	2.8
5	2.8	2.5	2.7	2.6
6	2.3	2.5	2.8	2.5
7	2.6	2.5	2.5	2.1
8	2.3	2.1	2.8	2.7
9	2.4	1.9	2.3	2.1
10	2.2	1.2	2.5	1.8
11	4.4	3.5	4.6	3.1
12	2.2	2.0	2.4	2.7

ANHANG 17

Schätzwerte, Signifikanzen, Phasenlängen und Modelle zu den Tagebüchern der einzelnen Versuchspersonen. (Phase 1≙baseline, Phase 2≙Therapie, Phase 3≙14 Tage im Anschluß an die Therapie)

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 2, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.778	0.1	2.281	2	3.477	0.1
Modell	1,0,1 AR_1 -0.1504 MA_1^1 0.4451	 40 1	(1,0,1)(7,0,0) MA_1 -0.1435 AR_1^1 0.4156 AR_7^1 0.2149	 50 2 5	1,0,0 AR_1 0.4879	 0.1
1	0.001083	50	-0.001106	50	0.09267	8
2	0.005764	45	0.02754	2	0.006473	25
3	-0,02648	50	0.02667	50	0.02626	50
LBQ20	27	7	25	10	19	40
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.786		2.000		3.786
2	78	5.013		3.462		5.103
3	13	5.077		4.154		5.385

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 12, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.272	0.1	1.999	0.1	4.227	0.1
Modell	1,0,1 AR_1 0.3607	 5	0,0,0		0,0,0	
1	0.0363	45	-0.008688	50	0.04258	5
2	-0.01878	50	-0.01563	50	0.01611	30
3						
LBQ20	23	25	20	45	24	25
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.571		1.786		4.500
2	89	4.449		2.292		4.933
3	13	4.615		2.923		4.000

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 34, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.961	0.1	2.423	0.1	3.102	0.1
Modell	(1,0,0)(7,0,0) AR_1 0.3063 AR_7 0.3876	2 0,2	1,0,0 AR_1 0.3432	0.1	1,0,0 AR_1 0.3743	0.1
1	0.005101	40	0.005319	50	0.04887	15
2	-0.002870	50	0.02321	0,1	0.01275	0.2
3			0.06587	12	-0.06055	5
LBQ20	12	80	30	5	21	40
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.929		2.429		3.500
2	64	4.937		3.324		4.239
3	15	5.267		4.733		4.200

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 36, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	3.301	0.1	2.503	0.1	2.837	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.4224	0.1	1,0,0 AR_1 0.1127	20	1,0,0 AR_1 0.7442	0.1
1	0.02513	50	0.0635	3	0.06066	20
2	0.007543	5	0.007564	0.1	0.007102	12
3	-0.006753	50	0.003274	50	-0.03491	50
LBQ20	9.7	95	27	10	21	30
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	3.357		3.071		3.000
2	92	4.011		3.728		4.065
3	14	4.357		4.071		4.000

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 37, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.523	0.1			4.996	0.1
Modell	0,0,0				1,0,1 MA_1 -0.2392 AR_1^1 0.3995	 10 1
1	0.04264	50			0.0009377	50
2	-0.16	30			-0.00505	3.5
3						
LBQ20	29	8			26	10
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	12	4.917		1.214		5.000
2	94	4.553		3.028		4.774
3	13	4.769		3.923		4.231

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 60, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau					4.818	0.1
Modell					1,0,0 AR_1 0.57	 0.1
1					-0.02389	50
2					0.001687	50
3					-0.02575	40
LBQ20					18	50
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	3.857		2.000		4.714
2	92	4.326		2.315		4.554
3	14	4.429		3.286		4.429

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 62, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.445	0.1	3.488	0.1	4.949	0.1
Modell	0,0,0		(1,0,0)(7,0,0) AR_1 -0.06659 AR_7 0.1621	50 12	1,0,0 AR_1 0.4535	0.1
1	-0.01859	50	-0.01051	50	-0.06233	12
2	0.009107	1.5	0.006406	5	0.009892	2
3	-0.04034	20	-0.03649	20	-0.04874	20
LBQ20	28	10	25	10	29	7
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.429		3.429		4.429
2	78	4.526		3.590		4.462
3	14	4.571		3.571		4.571

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 66, EG 1

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau			1.985	0.1		
Modell			(1,0,1)(7,0,0) MA_1 -0.4792 AR_1 -0.05727 AR_7 0.1824	2 50 10		
1			0.01526	50		
2			0.006827	4		
3			-0.01169	50		
LBQ20			19	30		
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.286		2.071		4.500
2	78	4.551		2.487		4.577
3	14	5.000		2.571		5.071

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 1, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	1.992	6	2.356	4	2.886	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.5723	0.1	1,0,0 AR_1 0.5647	0.1	1,0,0 AR_1 0.6407	0.1
1	0.1045	27	0.08078	40	0.0847	20
2	0.0245	13	0.02312	20	0.01586	15
3	-0.05199	50	-0.01906	50	0.04331	50
LBQ20	21	35	16	65	24	20
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	3.214		3.643		3.429
2	57	4.123		4.103		4.632
3	14	4.214		4.286		4.929

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 4, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.168	0.1	2.111	1	3.009	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.4162	0.1	1,0,0 AR_1 0.4905	0.1	1,0,0 AR_1 0,5853	0.1
1	0.008864	50	-0.03272	50	0.08287	15
2	0.006347	30	0.02559	0.1	0.01928	0.2
3	-0.03114	50	0.03571	50	-0.03989	45
LBQ20	20	40	20	40	21	35
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.357		1.857		3.571
2	78	4.500		2.667		4.923
3	14	4.643		3.857		5.500

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 5, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	3.911	0.1	0.8677	25	3.948	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.3099	0.2	1,0,0 AR_1 0.5022	0.1	1,0,0 AR_1 0.4706	0.1
1	0.04022	20	0.03118	50	0.01342	50
2	0.006898	20	0.02392	0.5	0.01563	0.1
3	-0.02264	50	-0.02981	50	-0.02611	50
LBQ20	27	10	25	15	20	40
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.143		1.000		3.857
2	71	4.761		2.239		4.732
3	13	5.000		2.462		5.077

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 6, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	2.509	0.1	3.563	0.1	4.961	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.3415	0.1	1,0,0 AR_1 0.4923	0.1	1,0,0 AR_1 0.8313	0.1
1	0.0509	20	-0.04025	50	0.04504	50
2	-0.003276	40	-0.0003263	50	-0.01969	5
3	-0.01847	50	0.03587	50	0.04154	50
LBQ20	17	60	14	78	19	45
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	2.857		3.286		5.000
2	78	3.115		2.974		4.859
3	14	3.000		3.286		4.286

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 23, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.195	0.1	2.99	1	3.593	0.1
Modell	1,0,C AR_1 0.3881	0.1	1,0,0 AR_1 0.5255	0.1	1,0,0 AR_1 0.5351	0.1
1	0.02146	50	-0.01204	50	0.02885	50
2	-0.007045	50	0.02945	15	0.01618	15
3	0.09077	12	-0.1476	50	-0.00314	50
LBQ20	14	78	29	5	19	45
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.143		2.643		3.786
2	49	4.388		3.673		4.388
3	14	4.786		3.929		4.786

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 26, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau			4.532	0.1	4.393	0.1
Modell			1,0,0 AR_1 0.2637	1.5	1,0,0 AR_1 0.4909	0.1
1			-0.01287	50	0.07866	15
2			-0.007724	30	-0.04522	0.1
3			0.003443	50	-0.02052	50
LBQ20			24	20	11	93
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.071		4.571		4.643
2	57	4.193		4.070		4.333
3	14	4.000		4.071		2.429

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 27, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.861	0.1	1.545	1	3.024	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.2919	0.5	1,0,0 AR_1 0.3444	0.1	1,0,0 AR_1 0.5652	0.1
1	-0.05744	25	0.03311	50	0.04949	40
2	0.01395	1	0.0259	0.1	0.02058	0.7
3	-0.04387	25	-0.08282	10	-0.115	6
LBQ20	22	25	14	75	13	85
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.357		1.714		3.357
2	78	4.603		3.038		4.577
3	14	4.929		3.500		4.214

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 31, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	2.771	0.1	0.8811	10	3.785	0.1
Modell	1,0,0 AR_1 0.2853	1	1,0,0 AR_1 0.2832	0.2	1,0,0 AR_1 0.5758	0.1
1	0.0496	35	0.05605	35	0.05367	35
2	0.01156	0.6	0.02874	0.1	-0.005207	30
3	-0.06807	50	-0.07059	10	-0.09508	7
LBQ20	18	50	22	25	15	70
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	3.000		1.214		4.214
2	85	3.847		2.941		4.294
3	14	4.286		3.429		3.429

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 38, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	4.089	0.1	3.286	0.1		
Modell	1,0,1 MA_1 -0.4255 AR_1^1 -0.1917	 25 50	(1,0,1)(7,0,0) MA_1 -0.3261 AR_1^1 0.1738 AR_7^1 0.2263	 10 40 2		
1	0.02732	50	-0.053	50		
2	-0.001336	50	0.01478	0.7		
3	0.028	30	-0.001007	50		
LBQ20	12	80	17	45		
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	11	4.364		2.818		
2	78	4.308		3.308		
3	14	4.571		3.857		

Schätzwerte und Signifikanzen zu Vp 45, EG 2

	Frage 1		Frage 2		Frage 3	
	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %	Schätzwert	Sig %
Niveau	3.734	0.1	2.036	0.1	3.854	0.1
Modell	0,0,0		0,0,0		1,0,0 AR_1 0.5061	 0.1
1	0.02689	30	0.01046	50	0.6833	7.5
2	-0.0007057	50	0.01958	0.1	-0.008136	2.5
3	0.01353	50	-0.0334	10	-0.08405	2
LBQ20	21	40	17	65	21	35
	Tage	$\bar{x}$		$\bar{x}$		$\bar{x}$
1	14	4.071		2.214		4.429
2	85	4.047		3.024		4.471
3	14	4.214		3.500		3.357

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

Addiego, F. u. a.:

Female ejaculation.
J. of Sex Research, 1, 13-21, 1981

Apfelbaum, B.:

The ego-analytic approach to individual body-work sex therapy.
J. of Sex Research, 1, 44-70, 1984

Apfelbaum, B. + Apfelbaum, C.:

The ego-analytic approach to sexual apathy,
In: Goldberg, D. C. (Hg): Contemporary Marriage Handbook, Dorsey Press, 1984

Annon, J. S.:

The behavioral treatment of sexual problems: brief therapy. Enabling Systems, Honolulu, 1974

Annon, J. S.:

The behavioral treatment of sexual problems: intensive therapy. Enabling Systems, Honolulu, 1975

Antrobus, J. S.:

Information theory and stimulus-independent thought.
Brit. J. of Psychiat., 59, 423-430, 1968

APC-Spezialprogramm:

Befreiung von Depressionen.
Therapy Products International, Hamburg, o. J.

Araoz, D. L.:

Hypnosis and Sex Therapy.
Bruner/Mazel, New York, 1982

Arentewicz, G. u. a.:

Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen.
In: Schorsch E. und Schmidt, G. (Hg), 1975.
Darin: 'Fragebogen zum sexuellen Verhalten' und 'Fragebogen für die Nachbefragung'.

Arentewicz, G.; Höflich, B. und Eck, D.:

Therapie soziosexueller Ängste von Männern.
Sexualmedizin, 8, 639-644, 1978

Arentewicz, G. und Schmidt, G. (Hg):

Sexuell gestörte Beziehungen.
Springer, Berlin, 1980

Athanasiou, R.; Shaver, P. und Tavris, C.:

Sex.
Psychology Today, 4, 37-52, 1970

Bandler, R. und Grinder, J.:

Metasprache und Psychotherapie.
Junfermann, Paderborn, 1981

Bandura, A.:

Self-efficacy mechanism in human agency.
American Psyologist, 37, 122-147, 1982

Barbach, L. G.:

For Yourself.
Ullstein, Frankfurt, 1977

Barbach, L. und Levine, L.:

Der einzige Weg, Oliven zu essen.
Ullstein, Berlin, 3. Aufl., 1984

Barber, T. X. und De Moor, W.:

A theory of hypnotic induction procedures.
In: Amer, J. of Clin. Hypnosis, 2, 1972

Barber, T. X.; Spanos, N. P. und Chaves, J. F..

Hypnosis, directed imagining and human capabilities.
Aldine Publishing, New York, 1973

Bastine, R. und Kommer, D.:

Konfrontation als Strategie therapeutischen Handelns.
In: Eckensberger, L. H. (Hg): Bericht über den 31.
Kongreß d. Dt. Ges. Psychologie in Mannheim, Bd 2,
Hogrefe, Göttingen, 1978

Baumann, U. (Hg):

Indikation zur Psychotherapie.
Urban + Schwarzenberg, München, 1981

Baumann, U.; Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hg):
Klinische Psychologie. Bd 1-6.
Huber, Bern, 1978-1984

Beck, A. T.:
Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose.
Pfeiffer, München, 1979

Beck, A. T. et. al.:
Kognitive Therapie bei Depression.
Urban + Schwarzenberg, München, 1980

Beck, A. T. und Emery, G.:
Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien.
DGVT, Tübingen, 1981

Beitel, E. u. a.:
Bochumer Gesundheitstraining.
Arbeitsgruppe Vegetative Physiologie,
Ruhr-Universität Bochum, 1983

Beltrami, E.; Dupras, A. und Tremblay, R.:
The effect of sexual fantasy frequencies on the outcome of shortterm treatment program for sexual inadequcy in heterosexual couples.
In: Gemme, R. und Wheeler, C. C. (Hg), 1977

Belzer, E. G.:
Orgasmic expulsions of Woman.
J. of Sex Research, 1, 1-12, 1981

Benson, H.:
The Relaxation Response.
Morrow, Ney York, 1975

Bernstein, D. A. und Borkovec, T. D.:
Entspannungstraining. Handbuch der "progressiven Muskelentspannung" nach Jacobson.
Pfeiffer, München, 1975

Beutel, P. et al.:
SPSS 9 - Eine Beschreibung der Programmversionen 6-9.
Fischer, Stuttgart, 1983

Birbaumer, N.:

Physiologische Psychologie.
Springer, Berlin, 1975

Birbaumer, N. (Hg):

Psychophysiologie der Angst.
Urban + Schwarzenberg, München, 1977

Birbaumer, N.:

Biofeedbacktherapie.
In: Pongratz, L. (Hg), 1980

Birbaumer, N.:

Psychophysiologische Grundlagen in der Psychotherapie. In: Bastine, R. u. a. (Hg), 1982

Birking, J. (Musikkassette):

Jet'aime moi non plus.
Warner Communications, o. J.

Blaser, A.:

Wirkfaktoren in der Psychotherapie.
In: Bastine, R. u. a. (Hg), 1982

Bloch, J.:

Das Sexualleben unserer Zeit.
Marcus, Berlin, 1913

Boda, M.:

Pläne und Coping.
Verhaltenstherapie + Psychosoziale Praxis,
4, 505-514, 1985

Böschemeyer, U.:

Grundlagen, Leitgedanken und Arbeitsweisen der Logotherapie. In: Frankl, V. E. (Hg): Sinn-voll heilen.
Herder, Freiburg, 1984

Borchardt, E.; Fischle, C. und Zimmer, D.:

Die Bedeutung sexueller Phantasien.
Partnerberatung, 3, 1982

Borelli, S. u. a.:

Liebe auf Rezept.
Sexualmedizin, 5, 200-204, 1979

Bornemann, E.:

Fragwürdige Fragebogen.
Sexualmedizin, 8, 146-151, 1979

Bornemann, E. und Gindorf, R.:

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Sexualforschung zur Vernichtung von Sexualkunde-Material durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit.
In: Gindorf, R. und Haeberle, E. J. (Hg): Sexualität als sozialer Tatbestand.
De Gruyter, Berlin, 1986

Brender, W. u. a.:

Behavioral sextherapy : a preliminary study of its effectiveness in a clinical setting.
J. Sex Research, 4, 351-365, 1983

Buddeberg, C.:

Sexualberatung.
Stuttgart, 1983, Enke

Byrne, D.:

The imagery of sex.
In: Money, J. und Musaph, H. (Hg): Handbook of sexology. Biomedical Press, Elsevier, 1977

Cameron-Bandler, L.:

Wieder zusammenfinden.
Junfermann, Paderborn, 1983

Capra, F.:

Wendezeit.
Scherz, Bern, 8. Aufl., 1984

Carlson, N. R. und Johnson, D. A.:

Sexuality assertiveness Training.
Couns Psychologist, 4, 53-59, 1975

Carrera, H.:

Sex.
Ullstein, Berlin, 1982

Carval (Tonkassette):

Rückführung leicht gemacht.
Triesen, o. J.

Carver, C. S. und Scheier, M. F.:

Attention and self-regulation.
Springer, New York, 1981

Caspar, F. M. und Grawe, K.:

Vertikale Verhaltensanalyse.
In: Bommert, H. und Petermann, F.: Diagnostik und Praxiskontrolle in der klinischen Psychologie.
DGVT, Tübingen, 1982

Caspar, F. und Grawe, K.:

Vertikale Verhaltensanalyse.
Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern, 1982-5

Caspar, F. M.:

Widerstand in der Psychotherapie.
In: Bastine, R. u. a. (Hg), 1982

Caspar, F. M.:

Widerstand - ein faßbares Phänomen?
Verhaltenstherapie + Psychosoziale Praxis,
4, 515-530, 1985

Cantela, J. R.:

Covert positive reniforcement.
Beh. Ther., 1970, 1. 33-50

Chang, J.:

Das Tao der Liebe.
Rowohlt, Hamburg, 4. Aufl., 1983

Chapman, R.:

Criteria for diagnosing when to do sex therapy in the primary relationship.
Psychotherapy: Theory, Research and Practice,
3, 359-367, 1982

Chertok, L.:

Hypnose.
Kindler, München, 1973

Christmann, F.:

Perspektiven für die Arbeit psychologischer Beratungsstellen.
Mitteilungen der DGVT, 4, 544-552, 1982

Clement, U. und Schmidt, G.:
Therapieergebnisse.
In: Arentewicz, G. und Schmidt, G. (Hg), 1980

Colours of Time (Musikkasette):
E. R. P. Musikverlag, 1980

Comfort, A.:
Joy of sex.
Ullstein, Frankfurt, 1983

Cooper, R. und Crow, H. J., 1975;
referiert nach Günther, 1980:
Crombach-Seeber, B. und Crombach, G.:
Sexual Interaction Inventory (SII) -
Fragebogen zur sexuellen Interaktion.
DGVT, Tübingen, 1977

Crombach, G.:
Verhaltenstherapie sexueller Störungen bei
Männern ohne derzeitige Partnerin.
Partnerberatung, 16, 69-79, 1979

Crombach-Seeber, B. und Crombach, G.:
Gesprächsführung bei der Exploration sexueller
Inhalte (Tonkassette).
Pfeiffer, München, 1982

Crowe, H. J.; Gillan, P. und Golombok, S.:
Form and content in the conjoint treatment
of sexual dysfunction.
Beh. Res. + Ther., 19, 47-54, 1981

Diabelli Trio (Schallplatte):
Tango.
Metronome Musik, Hamburg, o. J.

Dowming, G.:
Massage und Meditation.
Herzschlag, Berlin, 5. Aufl., 1984

Echelmeyer, L. und Zimmer, D.:
Entspannungstraining auf der Basis der pro-
gressiven Muskelentspannung (Tonkassette).
Pfeiffer, München, 1980

Edwards, A. L.:
Versuchsplanung in der Psychologischen Forschung.
Beltz, Weinheim, 1971

Eicher, W.:
Die sexuelle Reaktion der Frau. Teil II:
Gegen eine Überschätzung des Gräfenberg-Spots.
Sexualmedizin, 9, 1984

Ellis, H.:
Geschlecht und Gesellschaft.
Kubitsch, Würzburg, 1910

Ellis, A.:
The Rationale emotive approach to sex therapy.
In: Counseling Psychologist, 5, 14-21, 1975

Ellis, A.:
Die rational-emotive Therapie.
Pfeiffer, München, 1977

Ellis, A.:
Dealing with sexuality and intimacy (Tonkassette).
BMA, New York, 1978

Ellis, A. und Grieger, R. (Hg):
Praxis der rational-emotiven Therapie.
Urban + Schwarzenberg, München, 1979

Ellis, A.:
Treatment of erectile dysfunction.
In: Leiblum, S. R. und Pervin, L. A. (Hg), 1980

Erickson, M. H. und Rossi, E. L.:
Hypnotherapie.
Pfeiffer, München, 1981

Erickson, M. H.; Rossi, E. L. und Rossi, S. L.:
Hypnose.
Pfeiffer, München, 1978

Eysenck, H. J.:
Sexualität und Persönlichkeit.
Europa, Wien, 1977

Fabry, J.:

Wege zur Selbstfindung.
Herder, Freiburg, 1985

Fahrenberg, J.; Selg, H. und Hampel, R.:

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI.
Hogrefe, Göttingen, 3. Aufl., 1978

Fahrner, E-M.:

Selbstunsicherheit - ein allgemeines Symptom bei funktionellen Sexualstörungen?
Z. Klin. Psych., 1, 1-11, 1983

Fantasy-Sounds I (Tonkassette):

Therapy products international, Ratekau, 1982

Fichten, C. S.; Libman, E. und Brender, W.:

Methodological Issues in the study of sex therapy.
J. Sex + Mar. Therapy, 3. 191-202, 1983

Fischer, J.:

Die Institution Ehe im Wandel.
Sexualmedizin, 12, 505-509, 1983

Fliegel, S. u. a.:

Verhaltenstherapeutische Standardmethoden.
Urban + Schwarzenberg, München, 1981

Fliegel, S.und IWF (Film):

Therapie sexueller Beziehungsstörungen.
Göttingen, 1983

Fliegel, S. und Walsheim, B.:

Therapeut und Klient in der Therapie sexueller Störungen. In: Zimmer, D. (Hg), 1983

Fliegel, S.; Neumann, H. und Paar, F.:

Kommunikation, Zufriedenheit und Verstehen in der Partnerschaft.
Partnerberatung, 1, 1-12, 1983

Fliegel, S.; Neumann, H. und Paar, F.:

Kommunikation, Zufriedenheit und Verstehen in der sexuellen Partnerbeziehung.
Partnerberatung, 1, 1-9, 1984

Florin, J.:

Die Praxis der systematischen Desensibilisierung. In: Florin, J. und Tunner, W.: Therapie der Angst.
Urban + Schwarzenberg, München, 1975

Florin, J. und von Rosenstiel, L.:

Leistungsstörungen und Prüfungsangst.
Goldmann, München, 1976

Florin, J.:

Entspannung - Desensibilisierung.
Kohlhammer, Stuttgart, 1978

Flowers, J. V. und Booraem, C. D.:

Imagination training in the treatment of sexual dysfunction.
Couns. Psychologist, 1, 50-52, 1975

Ford, C. S. und Beach, F. A.:
Patterns of sexual behavior.
Referiert nach Lo Piccolo, J. und Miller, V. H., 1978

Frankl, V. E.:

Theorie und Therapie der Neurosen.
Reinhardt, München, 5. Aufl., 1982

Freud, S.:

Sexualleben. Bd V der Studienausgabe.
Fischer, Frankfurt, 1982

Friday, N.:

Die sexuellen Phantasien der Frauen.
Rowohlt, Hamburg, 1983

Friday, N.:

Die sexuellen Phantasien der Männer.
Rowohlt, Hamburg, 1983

Gagnon, J. H.; Rosen, R. C. und Leiblum, S. R.:

Cognitive and social aspects of sexual dysfunction : sexual scripts in sex therapy.
J. Sex + Marital Therapy, 1, 44-56, 1982

Gebhard, P. H.:

Factors in marital orgasm.
J. Soc. Iss., 22, 88-95, 1966
(referiert nach Bancroft, 1985)

Gemme, R. und Wheeler, C. C. (Hg):

Progress in sexology.
Plenum, New York, 1977

Gendlin, E. T.:

Focusing.
Otto Müller, Salzburg, 1981

Gissen, L. D., 1970;
referiert nach Günther, 1980

Goldberg, D. C. und De Amicis, H. A.:

Factors influencing the lasting effectiveness of sex therapy, 1981
(referiert nach Kilmann + Mills, 1983)

Gotved, H.:

Beckenboden und Sexualität.
Hippokrates, Stuttgart, 1983

Grawe, K. (Hg):

Verhaltenstherapie in Gruppen.
Urban + Schwarzenberg, München, 1980

Grawe, K.:

Indikation in der Psychotherapie.
In: Bastine, R. u. a. (Hg), 1982

Greene, S.:

Resisting the Pressure to become a surrogate.
J. Sex + Mar. Ther., 1, 40-49, 1977

Grinder, J. und Bandler, R.:

Therapie in Trance.
Klett, Stuttgart, 1984

Groffmann, K.-J.; Riehl, D. und Zschintzsch, A.:

Angst.
In: Wittling, W. (Hg), 1980

Günther, S.:

Warum ist Sexualtherapie so lustlos?
In: Lutz, R. (Hg): Genuß und Genießen.
Beltz, Weinheim, 1983

Günther, W.:

Untersuchungen zur Wirksamkeit mentaler Trainingsverfahren grobmotorischer Bewegungen bei der Rehabilitation zentralmotorisch Behinderter.
Dissertation, Tübingen, 1980

Gunther, B.:

Sense Relaxation.
New York, 9. Auflage, 1974

Haeberle, E. J.:

Die Sexualität des Menschen.
De Gruyter, Berlin, 1983

Haeberle, E. J.:

Anfänge der Sexualwissenschaft.
De Gruyter, Berlin, 1983

Haag, G. und Birbaumer, N.:

Differentielle Psychotherapieindikation bei psychosomatischen Störungen.
In: Baumann, U.; Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hg), 1984

Hagedorn, G.:

Psychologie im sportlichen Training.
In: Thomas, A. (Hg): Sportpsychologie, 1982

Hahlweg, K.:

Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB.
Klin. Psych., 8, 17-40, 1979

Hahlweg, K.; Schindler, L. und Revenstorf, D.:

Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie.
Springer, Berlin, 1982

Hahlweg, K., Revenstorf, D. und Schindler, L:

Bericht über die Münchner Ehe - Therapiestudie.
Partnerberatung, 1, 13-25, 1983

Halder-Sinn, P.; Riether, P. und Riether, U.:

Therapeutische Präferenzen der Patienten als Indikationskriterien.
Z. Klin. Psych., 3, 170-182, 1980

Hamel, P. M. (Musikkassette):

Colours of time.
E. R. P. Musikverlag, München, 1980

Harinton, B. und Singer, H. L.:

Women's fantasies during marital intercourse.
Journ. Consult Clin. Psych., 1974

Hartman, L. M.:

The interface between sexual dysfunction and marital conflict.
Americ. J. Psychiatr., 137, 576-579, 1980

Hartman, L. M.:

Resistance in directive sex therapy.
J. Sex Mar. Ther., 4, 283-295, 1983

Hartmann, L. M.:

Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness.
J. Sex + Mar. Therapy, 2, 137-151, 1983

Hartman, W. A. und Fithican, M. A.:

Treatment of sexual dysfunction.
Long Beach, 1972

Hartmann, W. E. und Fithian, M. A.:

Jeder Mann kann.
Ullstein, Berlin, 1985

Hauch, M.; Arentewicz, G. und Gaschae; H.:

Manual zur Paartherapie sexueller Funktionsstörungen.
In: Arentewicz, G. und Schmidt, G. (Hg), 1980

Hautzinger, M.:

Kognitive Therapie bei Depression (Tonkassette).
Pfeiffer, München, 1980

Heimann, J. R.; Lo Piccolo, L. und Lo Piccolo, J.:

Gelöst im Orgasmus.
Flach, Frankfurt, 1978

Heimann, J. R.; Lo Piccolo, L. und Lo Piccolo, J.:

The treatment of sexual dysfunction.
In: Gurman, A. S. und Kniskern, D. P. (Hg):
Handbook of Family therapy.
Brunner + Mazel, New York, 1981

Heimann, J. R. und Hatch, J. P.:

Conceptual and therapeutic contributions
of psychophysiology to sexual dysfunction.
In: Haynes, S. N. und L. Gannon (Hg):
Psychosomatic disorders : a psychophysiological
approach to etiology and treatment.
Praeger, New York, 1981

Hilgard, E.:

The divided consciousness.
Wiley, New York, 1977

Hinze, O. M.:

Tantra Vidya.
Aurum, Freiburg, 1983

Hite, S.:

Hite-Report.
Bertelsmann, München, 1977

Hirschfeld, M.:

Die Homosexualität des Mannes und des Weibes.
De Gruyter, Berlin, 1984

Hoch, Z.; Safir, H. P.; Pares, V.; Shepher, J.:

An evaluation of sexual performance -
Comparison between sexually dysfunctional and
functional couples.
J. Sex + Mar. Ther., 7, 195-206, 1981

Hoffmann, N.:

Depressives Verhalten.
Otto Müller, Salzburg, 1976

Homme, L. E.:

Control of coverant, the operants of the mind.
Psych. Rec., 15, 501-511, 1956

Hoppe, F.:

Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen. In: Peter, B. (Hg), 1985

Hoon, E. F. u. a.:

Low female sexual arousal : negative results using biofeedback and sex therapy. Beh. Modification, 2, 197-210, 1983

Hull, C. H. und Nie, N. H.:

SPSS Update - New Procedures and Facilities for Releases 7 - 9. McGraw-Hill, New York, 1981

Izard, C. E.:

Menschliche Emotionen. Beltz, Weinheim, 1977

Jacobson, E.:

Progressive Relaxation. Chicago, 1983

Johnson, D. W. und Matross, R. P.:

Methoden der Einstellungsänderung. In: Kanfer + Goldstein (Hg), 1977

Jemail, J. A. + Geer, J.:

Sexual scripts. In: Gemme, R. + Wheeler, C. C. (Hg), 1977

Kanfer, F. H. und Goldstein, A. P. (Hg):

Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Urban + Schwarzenberg, München, 1977

Kaplan, H. S.:

Sexualtherapie. Enke, Stuttgart, 1979

Kaplan, H. S.:

Hemmungen der Lust. Enke, Stuttgart, 1981

Karoly, P.:

Operante Methoden.
In: Kanfer, F. H. + Goldstein, A. P. (Hg), 1977

Keller-Husemann, K.:

Destruktive Sexualität.
Reinhardt, München, 1983

Kemmler, R. W.:

Psychologie im sportlichen Wettkampf.
In: Thomas, A. (Hg), 1982

Kentler, H.:

Taschenlexikon Sexualität.
Schwann, Düsseldorf, 1982

Kentler, H. (Hg):

Sexualwesen Mensch.
Hoffmann + Campe, Hamburg, 1984

Keßler, B. H. und Hoellen, B.:

Sexuelle Störungen.
In: Wittling, W. (Hg), 1980

Keßler, B. H.:
Sexuelle Dysfunktionen und Varianten.
In: Wittling, W. (Hg), 1980

Keupp, H.:

Thesen zu einer gemeindepsychologischen
Perspektive psychosozialer Arbeit.
Mitteilungen der DGVT, 2, 203-212, 1982

Kilmann, P. R. und Mills, K. H.:

All about sex therapy.
Plenum, New York, 1983

Kinsey, A. C. u. a.:

Das sexuelle Verhalten des Mannes.
Rowohlt, Hamburg, 1970

Kinsey, A. C. u. a.:

Das sexuelle Verhalten der Frau.
Fischer, Frankfurt, 1970

Kleinsorge, H.:

Hypnose und Entspannungsverfahren.
In: Wittling, W. (Hg), 1980

Klause, J.:

Berührungsmassage.
Unveröffentlichtes Manuskript.
Engelskirchen, 1985

Kline, H. V.:

Emotionales Überfluten: Eine Technik
der sensorischen Hypnoanalyse.
In: Olsen, P. (Hg), 1980

Kline, H. V.:

Praxis der Hypnose - Induktion (Tonkassette).
Pfeiffer, München, 1981

Kockott, G. (Hg):

Sexuelle Störungen.
Urban + Schwarenberg, München, 1977

Köhnken, G.; Seidenstücker, G. und Baumann, U.:

Zur Systematisierung von Methodenkriterien
für Psychotherapiestudien.
In: Baumann, U. u. a. (Hg), 1979

Kolb, J.;

Das Kreuz mit der Liebe. Der Mythos von der
sexuellen Befreiung.
Frankfurt, 1980

Krampen, G.:

IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen.
Hogrefe, Göttingen, 1981

Krampen, G.:

Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen
in der klinischen Psychologie.
Z. Klin. Psychologie, 2, 101-112, 1985

Kratochvil, S.:

Die Wirksamkeit der sexuellen Lerntherapie.
Psychiat. Neurol. med. Psychol., 5, 305-308,
1983

Kroger, W. S. und Fezler, W. D.:

Hypnosis and Behavior modification : imagery conditionning.
Lippincott, Philadelphia, 1976

Ladas, A. K.; Whipple, B. und Perry, J. D.:

The G-spot and other recent discoveries about human sexuality.
Holt, Rinehart + Winston, New York, 1982

Lang, P. J.:

The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification.
In: Bergin, A. E. und Garfield, S. L. (Hg): Handbook of psychotherapy and behavior change.
Wiley, New York, 1971

Lang, P. J.:

A bio-informational theory of emotional imagery.
Psychophysiology, 6, 495-512, 1979

Lang, P. J. u. a.:

Emotional imagery : conceptual structure and pattern of somata-visceral response.
Psychophysiology, 2, 179-192, 1980

Langen, D.:

Die gestufte Aktivhypnose
Thieme, Stuttgart, 1972

Langen, D.:

Möglichkeiten einer Hypnosetherapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Selbstversenkungsmethoden.
In: Pongratz, L. J. (Hg), 1978

Larbig, W. und Birbaumer, N.:

Ängste.
In: Wittling, W. (Hg), 1980

Lazarus, A. A.:

In support of technical eclecticism.
Psychol. Reports, 21, 415, 1967

Lazarus, A. A.:

Learning theory and the treatment of depression.
Beh. Res. Ther, 6, 83-89, 1968

Lazarus, A. A.:

Behavior therapy and beyond.
McGraw Hill, New York, 1971

Lazarus, A. A.:

Fragebogen zur Lebensgeschichte.
DGVT, Tübingen, 1973

Lazarus, A. A.:

Multimodal Behavior Therapy.
Springer, New York, 1976

Lazarus, A. A. und Fay, A.:

Ich kann, wenn ich will.
Klett, Stuttgart, 1977

Lazarus, A. A.:

Innenbilder.
Pfeiffer, München, 1980

Lazarus, R. S. und Launier, R.:

Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, F. R. (Hg): Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen.
Huber, Bern, 1981

Leiblum, S. R. und Pervin, L. A. (Hg):

Principles and practice of sex therapy.
Tavistock, London, 1980

Linden, H.:

Entspannung.
In: Linden, M. und Hautzinger, M. (Hg), 1981

Linden, H. und Hautzinger, H. (Hg):

Psychotherapie-Manual.
Springer, Berlin, 1981

Lindsey, B. B.:

Die Revolution der modernen Jugend.
DVA, Stuttgart, 1928

Liss-Levinson, N.; Coleman, E. und Brown, L.:

A program of sexual assertiveness training for woman.
Couns. Psychologist, 4, 74-78, 1975

Lo Piccolo J. und Lobitz, W. C.:

The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction.
Archives of Sex Behav., 2, 163-171, 1972

Lo Piccolo, J. und Miller, V. H.:

A Program for enhancing the sexual relationship of normal couples.
In: Lo Piccolo, J. und Lo Piccolo, L. (Hg): Handbook of Sex Therapy, Plenum, New York, 1978

Lo Piccolo, J.:

Verhaltenstherapie bei Sexualstörungen (Tonkassette)
Pfeiffer, München, 1980

Lowen, A.:

Bio-Energetik.
Rowohlt, Hamburg, 1979

Luthe, W. (Hg):

Autogenic therapy Vol. 1-6.
Grune + Stratton, New York, 1969/70

Lutz, R.:

Skript zur Entspannungsinstruktion.
Mitteilungen der DGVT, 3, 530-545, 1980

Lutz, R. und Wieberg, H.-J.:

Effektivitätsuntersuchung verschiedener Entspannungstechniken.
Z. Klin. Psych., 2, 98-115, 1982

Mace, D. R.:

Counseling a sexually inhibited couple.
Sexual behavior, 1, 32-37, 1971

Mandel, K.-H.; Mandel, A. und Rosenthal, H.:

Einübung der Liebesfähigkeit.
Pfeiffer, München, 1975

Margo, A.:

Tantra-Weg der Ekstase.
Sannyas, Meinhard-Schwebda, 2. Aufl., 1983

Marlatt, G. A. und Perry, M. A.:

Methoden des Modellernens.
In: Kanfer, F. H. und Goldstein, A. P. (Hg), 1977

Marxen, J. und Wessel, T.:

Meditation und Therapie.
Partnerberatung, 1, 26-30, 1983

Masters, W. H. und Johnson, V. E.:

Die sexuelle Reaktion.
Rowohlt, Hamburg, 1980

Masters, W. H. und Johnson, V. E.:

Human Sexual Inadequacy.
Boston, Little Brown, 1970
Dt: Impotenz und Anorgasmie.
Goverts, Frankfurt, 1973

Masters, W. H.; Johnson, V. E. und Kolodny, R. C.:

Human Sexuality.
Little, Brown + Co, Boston, 1982

Mathews, A.:

Psychophysiological approaches to the investigation of desensitization and related procedures.
Psych. Bulletin, 76, 73-91, 1971

Maultsby, M. C.:

Hilf Dir selbst zum Glück durch rationale Selbstberatung.
Swets + Zeitlinger, Lisse, 1982

Mayer, G.:

Anleitung für das Autogene Training.
Mitteilungen der DGVT, 3, 523-530, 1980

McGovern, K. B.; Stewart, R. C. und Lo Piccolo, J. L.:

Secondary orgasmic dysfunction.
Arch. Sex. Beh., 4, 265-275, 1975

McWhirter, D. P. und Mattison, A. H.:
Treatment of Sexual dysfunction in homosexual male couples.
In: Leiblum, S. R. und Pervin, L. A. (Hg), 1980

Mehl, H.:
Persönliche Mitteilung.
Stuttgart, 1984

Meichenbaum, D.:
Cognitive Behavior Modification.
Plenum, New York, 1977

Meichenbaum, D.:
Why does using imagery in psychotherapy lead to change?
In: Singer, J. L. und Pope, K. S. (Hg), 1978

Meichenbaum, D.:
Kognitive Verhaltenstherapie.
Urban + Schwarzenberg, München, 1979

Mielke, R.:
Lernen und Erwartung.
Huber, Stuttgart, 1984

Miller, G. A.; Galanter, E. und Pribram, K. H.:
Strategien des Handelns.
Klett, Stuttgart, 1973

Mrazek, J.:
Die Verkörperung des Selbst.
Psychol. heute, 2, 50-58, 1984

Müller, E.:
Du spürst unter deinen Füßen das Gras.
Fischer, Frankfurt, 1983

Münzel, K. und Tunner, W.:
Lerngeschichtliche Interpretation und Probehandlung.
Z. Klin. Psychol., 4, 245-272, 1983

Münzel, K. und Tunner, W.:

Körperarbeit in der Psychotherapie: Bioenergetic und Gestalttherapie.
In: Baumann, U.; Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hg), 1984

Music Mantras (Musikkassette):

Joh. Walter Produktion, Bauer, Freiburg, o. J.

Nairne, K. D. und Hemsley, D. R.:

Masturbation training and primary anorgasmia.
Brit. Clin. Psychol., 22, 283-294, 1983

Naranjo, C. und Ornstein, R. E.:

Psychologie der Meditation.
Fischer, Frankfurt, 1976

Nie, N. H. et al.:

SPSS
McGraw-Hill, New York, 2. Aufl., 1975

Nims, J. P.:

Imagery, Shaping and Orgasm.
J. Sex + Mar. Therapy, 3, 198-203, 1975

Obler, M.:

A comparison of a hypnoanalytic/behavior modification technique and a cotherapist-type treatment with primary orgasmic dysfunctional females.
J. Sex Research, 4, 331-345, 1982

Olsen, P. (Hg):

Emotionale Stimulation und Überfluten der Gefühle in der Psychotherapie.
Reinhardt, München, 1980

Paivio, A.:

Imagery and verbal processes.
Rinehart + Hinston, New York, 1971

Pfäfflin, F. und Clement, U.:

Sexualstörungen.
In: Baumann, U.; Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hg), 1981

Pongratz, L. J. (Hg):

Handbuch der Psychologie.
Klinische Psychologie, 2. Halbband.
Hogrefe, Göttingen, 1978

Perry, J. D. und Whipple, B.:

Pelvic muscle strength of female ejaculators.
J. of Sex Research, 1, 22-39, 1981

Pervin, L. A. und Leiblum, S. R.:

Overview of some critical issues in the evaluation and treatment of sexual dysfunctions.
In: Leiblum, S. R. und Pervin, L. A. (Hg), 1980

Peter, B. und Gerl, W.:

Entspannung.
Goldmann, München, 2. Aufl., 1977

Peter. B. (Hg):

Hypnose und Hypnotherapie nach M. H. Erickson.
Pfeiffer, München, 1985

Petermann, F.:

Veränderungsmessung.
Kohlhammer, Stuttgart, 1978

Porter, J.:

Pleasuring enhanced by suggestive therapy for frigidity.
Psychother. Psychosom., 2, 37-46, 1978

Preuß, R.:

Der Penis.
Stephenson, Flensburg, 1981

Preuß, R.:

Sexuelle Sensationen.
Stephenson, Flensburg, 1983

Puni, A. C., 1958 und 1969;
referiert nach Günther, 1980

Quekelberghe, R. van (Hg):

Modelle kognitiver Therapien.
Urban + Schwarzenberg, München, 1979

Quekelberghe, R. van und Eickels, N. von (Hg):

Handlungstheorien, Tätigkeitstheorie und Psychotherapie.
DGVT, Tübingen, 1982

Raboch, J.:

Wo Scheidung droht.
Sexualmedizin, 10, 473-475, 1981

Rainwater, L.:

Some aspects of lower class sexual behavior.
Referiert nach Lo Piccolo, J. und Miller, V. H., 1978

Ravel, M.: (Musikkassette)

Bolero.
RCA Records, 1983

Reich, W.:

Die Entstehung des Orgasmus.
Die Funktion des Orgasmus.
Fischer, Frankfurt, 1972

Reich, W.:

Massenpsychologie des Faschismus.
Fischer, Frankfurt, 3. Aufl., 1974

Revenstorf, D. und Keeser, W.:

Zeitreihenanalyse von Therapieverlaufen.
In: Petermann, F. und Hehl, F. (Hg):
Einzelfallanalyse.
Urban + Schwarzenberg, München, 1979

Revenstorf, D.:

Psychotherapeutische Verfahren, Bd 3.
Kohlhammer, Stuttgart, 1983

Revenstorf, D.:

Kritik der 'Struktur der Magie'.
In: Peter, B. (Hg), 1985

Revenstorf, D.:

Kognition und Affekt in der Verhaltenstherapie.
In: Brengelmann, J. C.: Entwicklungen der Verhaltenstherapie.
Röttger, München, 1984

Revenstorf, D.:

Nonverbale und verbale Informationsverarbeitung als Grundlage psychotherapeutischer Intervention.
Hypnose und Kognition, 2, 13-35, 1985

Richardson, A.:

Mental practice : A review and discussion.
Res. Quart., 38, 263, 1967

Rosa, R.:

Das ist autogenes Training.
Kindler, München, 1973

Roth, W. L. und Keßler, B. H.:

Verdeckte positive Verstärkung.
Mitteilungen der DGVT, 4, 677-713, 1979

Rywerant, Y.:

Die Feldenkrais-Methode.
Kübler und Akselrad, Heidelberg, 1985

Satorp, A.:

Die Lustzone der Frau.
Stephenon, Flensburg, 2. Aufl., 1982

Schindler, L.; Hahlweg, K. und Revenstorf, D.:

Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung.
Springer, Berlin, 1980

Schindler, L.:

Empirische Analyse partnerschaftlicher Kommunikation.
Unveröff. Dissertation, Tübingen, 1981

Schmidt, G.:

Sexuelle Motivation und Kontrolle.
In: Schorsch, E. und Schmidt, G. (Hg), 1975

Schmidt, G. und Arentewicz, G.:

Symptome, Vorkommen.
In: Arentewicz, G. und Schmidt, G. (Hg), 1980

Schnabl, S.:

Funktionelle Sexualstörungen.
In: Heese, P. G. und Tembrock, G.: Sexuologie, Bd 1. Hirzel, Leipzig, 1974

Schnabl, S.:

Probleme sexueller Bedürfniskonkordanz.
Sexualmedizin, 9, 527-532, 1975

Scholz, O. B.:

Das Inventory of Marital Conflicts.
In: Scholz, O. B. (Hg): Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen.
Urban + Schwarzenberg, München, 1978

Schoof, W.:

Ein Jahr sexologischer Poliklinik.
In: Schorsch, E. und Schmidt, G. (Hg), 1975

Schorsch, E. u. a.:

Zur Versorgung von Patienten mit sexuellen Störungen.
Sexualmedizin, 6, 585-590, 1977

Schorsch, E. und Schmidt, G. (Hg):

Ergebnisse der Sexualforschung II.
Kiepenheuer + Witsch, Köln, 1975

Schorsch, E. u. a.:

Perversion als Straftat.
Springer, Berlin, 1985

Schwäbisch, L. und Siems, M.:

Selbstentfaltung durch Meditation.
Rowohlt, Hamburg, 1976

Schwartz, G. E.:

Transzendentale Meditation.
In: Psychologie heute, 8, 55-61, 1974

Schwartz, G. E.:

Streßbewältigung durch Entspannung und Meditation (Tonkassette).
Pfeiffer, München, 1980

Schultz, J. H.:

Das autogene Training.
Thieme, Stuttgart, 1976

Schultz, J. H.:

Übungsheft für das autogene Training.
Thieme, Stuttgart, 1977

Schumacher, S.:

Effectiveness of sextherapy.
In: Gemme, R. und Wheeler, C. C. (Hg), 1977

Schumann, H.-J. von:

Probleme nicht nur mit der Potenz.
Sexualmedizin, 7, 395-402, 1984

Sekun, 1968 und 1969;
referiert nach Smieskol, 1973

Semans, J.:

Premature Ejakulation : A new approach.
Southern Medical Journal, 49, 453-458, 1956

Senger, G.:

Was heißt schon frigid.
Ariston, Genf, 1983

Shorr, J. E.:

Psychotherapy through imagery.
Thieme, New York, 1983

Sigusch, V.:

Sexualität und Medizin.
Kiepenheuer + Witsch, Köln, 1979

Sigusch, V.:

Die Mystifikation des Sexuellen.
Campus, Frankfurt, 1984

Sigusch, V.:

Vom Trieb und von der Liebe.
Campus, Frankfurt, 1984

Singer, J. L.:

Phantasie und Tagtraum.
Pfeiffer, München, 1978

Singer, J. L. und Pope, K. S. (Hg):

The Power of Human Imagination.
Plenum, New York, 1978

Sloane, R. B. u. a.:

Psychotherapy us behavior therapy.
Harvard Univ. Press, Cambridge, 1975

Smieskol, H.:

Die Rolle des ideomotorischen Trainings beim Erlernen sportlicher Bewegungsfertigkeiten. In: Ulich, E. (Hg): Beiträge zum mentralen Training. Schriftenreihe Training und Beanspruchung III. Frankfurt a.M., 1973

Stavemann, H. H.:

Meine Gedanken machen mich krank.
Swets + Zeitlinger B. V., Lisse, 1982

Stevens, J. O.:

Die Kunst der Wahrnehmung.
Kaiser, München, 2. Aufl., 1976

Strupp, H. H. und Hadley, S. W.:

Specific vs nonspecific factors in psychotherapy.
Arch. Gen. Psychiatry, 36, 1125-1136, 1979

Stolze, H. (Hg):

Die konzentrative Bewegungstherapie.
Verlag Mensch und Leben, Berlin, 1984

Susskind, D. J.:

The idealized self-image (ISI) :
A new technique in confidence training.
Beh. Ther., 1, 538-541, 1970

Svoboda, T.:

Das Hypnosebuch.
Kösel, München, 1984

Tamburella, A. und Seppecher, H. F.:

The effects of depression on sexual behavior.
In: Gemme, R. und Wheeler, C. C. (Hg), 1977

Teegen, F.; Grundmann, A. und Röhrs, A.:

Sich ändern lernen.
Rowohlt, Hamburg, 1975

Tepperwein:

Musik zur Losanow-Methode (Tonkassette).
Bergisch-Gladbach, o. J.

Thirleby, A.:

Das Tantra der Liebe.
Scherz, 4. Aufl., 1981

Thirleby, A.:

Tantra-Reigen der vollkommenen Lust.
Scherz, 1983

Thomas, A. (Hg):

Sportpsychologie.
Urban + Schwarzenberg, München, 1982

Tryon, G. S.:

A review and critique of thought stopping research.
J. Beh. Ther. Exp. Psychiat., 10, 189-192, 1979

Ulich, e.:

Das Lernen sensumotorischer Fertigkeiten.
In: Handbuch der Psychologie 1, 2. Halbband.
Hogrefe, Göttingen, 1964

Ulich, E.:

Über verschiedene Methoden des Lernens sensumotorischer Fertigkeiten.
Arbeitswissenschaft, 6, 48, 1967

Ulich, E. (Hg):

Beiträge zum mentalen Training.
Schriftenreihe Training und Beanspruchung.
Frankfurt a.M., 1973

Ullrich, R. und Ullrich, R.:

Das Assertiveness-Training-Programm ATP.
Pfeiffer, München, 1976

Ullrich, R. und Ullrich, R.:

Das Emotionalitätsinventar.
Pfeiffer, München, 1977

Ullrich, R. und Ullrich, R. (Hg):

Soziale Kompetenz, Bd. 1.
Pfeiffer, München, 1978

Vaitl, D.:

Entspannungstechniken.
In: Pongratz, L. J. (Hg), 1978

Vaitl, D.:

Entspannung.
In: Psychologie heute, 8, 23-33, 1979

Volpert, W.:

Sensumotorisches Lernen.
In: Ulich, E. (Hg): Schriftenreihe Training
und Beanspruchung, Bd 1,
Frankfurt a.M., 1971

Weisberg, M.:

A note on female ejaculation.
J. of. Sex Research, 1, 90-91, 1981

Wendt, H.:

Integrative Sexualtherapie.
Pfeiffer, München, 1979

Wendt, H.:

Das 4-Stufen-Programm zur Therapie bei
sexuellen Luststörungen.
Unveröff. Manuskript, 1985

Werner, M. (Schallplatte):

So ein Mann.
Polydor, Hamburg, o. J.

Wickramasekera, J. (Hg):

Biofeedback, behavior therapy and hypnosis.
Nelson-Hall, Chicago, 1976

Wilson, T.:

Cognitive behavioral approaches to sexual problems. (Tonkassette).
BMA, New York, 1978

Wippich, J.:

Begegnung.
Weissenau, 1983

Wittling, W. (Hg):

Handbuch der klinischen Psychologie, Bd 1-6.
Hoffmann + Campe, Hamburg, 1980

Wölpert, F.:

Sexualität, Sexualtherapie, Beziehungsanalyse.
Urban + Schwarzenberg, München, 1983

Wolff, S.:

Zur Organisation von Fürsorglichkeit.
Mitteilungen der DGVT, 3, 355-362, 1982

Wolpe, J. und Lazarus, A. A.:

Behavior therapy techniques.
Pergamon, New York, 1966

Wolpe, J.:

Praxis der Verhaltenstherapie.
Huber, Stuttgart, 1969

Wolpe, J. und Lazarus, A. A.:

Die Modifikation des Sexualverhaltens.
In: Kockott (Hg), 1977

Young, J.:

Kognitionsevozierung.
In: Linden, M. und Hautzinger, M. (Hg), 1981

Zadorin, Komysov, Palyga, 1970;
referiert nach Smieskol, 1973

Zamarenov, B. K., 1972;
referiert nach Günther, 1980

Zerssen, D. von:

Paranoid-Depressivitäts-Skala, Depressivitäts-Skala. Beltz, Weinheim, 1976

Zielke, M. und Kopf-Mehnert, C.:

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz, Weinheim, 1978

Zilbergeld, B. und Evans, M. C.:

The inadequacy of Masters and Johnson.
In: Psychology Today, 14, 29-43, 1980

Zilbergeld, B. und Ellison, C. R.:

Desire discrepancies and arousal problems in sex therapy. In:
Leiblum, S. R.und Pervin, L. A. (Hg), 1980

Zilbergeld, B.:

Männliche Sexualität.
DGVT, Tübingen, 1983

Zimmer, D.:

Der Begriff der 'Sozialen Kompetenz' und seine Bedeutung für die klinische Verhaltensmodifikation: soziologische und klinische Aspekte.
In: Ullrich, R. und Ullrich, R. (Hg), 1978

Zimmer, D. (Hg):

Die therapeutische Beziehung.
Edition Psychologie, Weinheim, 1983

Zimmer, D.:

Sexualität und Partnerschaft.
Unveröff. Habilitationsschrift, Tübingen, 1984

L E B E N S L A U F

24.11.1948	geboren in Stuttgart-Bad Cannstatt
08.06.1967	Abitur am Wilhelms-Gymnasium, Stuttgart
01.10.1967 - 02.08.1968	Wehrdienst
02.09.1968 - 28.04.1969	Zivildienst
S S 1969 - W S 1971	Studium an der Universität Tübingen (Volkswirtschaft bis zur Zwischenprüfung am 25.08.1970; ab WS 1969 Psychologie)
S S 1972 - S S 1974	Studium der Psychologie in Heidelberg
03.08.1973	Heirat (Frau Marlies, geb. Moneke)
26.07.1974	Diplom-Hauptprüfung in Psychologie, Heidelberg
01.10.1974 - 30.09.1986	Diplom-Psychologe an der Beratungsstelle - Jugend, Ehe, Lebensfragen - Böblingen
seit 01.10.1986	Diplom-Psychologe bei der Gerhard-Alber-Stiftung, Stuttgart